



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Manejo integral del paciente con esquizofrenia: el papel de los profesionales enfermeros

Autor/es

OIHANE OZKARIZ IBAIBARRIAGA

Director/es

ELENA ANDRADE GÓMEZ y CRISTINA LOZANO OCHOA

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



***Manejo integral del paciente con esquizofrenia: el papel de los profesionales enfermeros***, de OIHANE OZKARIZ IBAIBARRIAGA

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2020

© Universidad de La Rioja, 2020

[publicaciones.unirioja.es](http://publicaciones.unirioja.es)

E-mail: [publicaciones@unirioja.es](mailto:publicaciones@unirioja.es)



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA  
GRADO EN ENFERMERÍA 4º CURSO  
TRABAJO FIN DE GRADO

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA:  
EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

---

INTEGRATED MANAGEMENT OF PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA:  
THE ROLE OF A PROFESSIONAL NURSE

Oihane Ozkariz Ibaibarriaga

Tutora: Dra. Elena Andrade Gómez

Cotutora: Dra. Cristina Lozano Ochoa

Logroño (La Rioja), mayo de 2020



“La esquizofrenia no puede entenderse sin entender la desesperación”.

Ronald Laing

## Abreviaturas

<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>CIE</b>	Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud
<b>DSM</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<b>TRIP</b>	<i>Turning Research Into Practice</i>
<b>MBSR</b>	<i>Mindfulness based stress reduction</i>
<b>CASPe</b>	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i> Español
<b>MOFC</b>	Corteza orbitofrontal medial
<b>EE</b>	<i>E-Motional Training</i>
<b>TEDA</b>	Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado
<b>TCC</b>	Terapia cognitivo conductual
<b>NMA</b>	Metaanálisis de red
<b>ECA</b>	Ensayo clínico aleatorio

## ÍNDICE

Abreviaturas .....	2
Índice de figuras .....	5
Índice de gráficos.....	6
Índice de tablas.....	7
Resumen .....	8
Introducción .....	8
Objetivos.....	8
Metodología .....	8
Resultados.....	8
Conclusiones .....	8
Palabras clave .....	8
Summary .....	9
Introduction .....	9
Objectives .....	9
Methods.....	9
Results.....	9
Conclusions .....	9
Keywords.....	9
1. Introducción .....	10
1.1 Definición de la esquizofrenia .....	10
1.2. Epidemiología de la esquizofrenia.....	11
1.3 Síntomas y signos de la esquizofrenia .....	12
1.4 Tipos de esquizofrenia .....	13
1.5 Factores causantes.....	13
1.6 Tratamiento de la esquizofrenia .....	14
1.7 Calidad de vida de las personas con esquizofrenia.....	14
2. Justificación .....	14
3. Objetivos.....	16
4. Desarrollo .....	17
4.1 Metodología de estudio .....	17
a) Tipo de estudio .....	17
b) Pregunta de estudio.....	17
c) Términos de búsqueda .....	17
d) Booleanos y truncamientos.....	18

e) Criterios de exclusión e inclusión.....	18
f) Elección y justificación de las fuentes de búsqueda.....	18
g) Estrategias de búsqueda .....	19
❖ <i>Pubmed</i> .....	20
❖ <i>Dialnet</i> .....	22
❖ <i>Trip database</i> .....	25
❖ <i>Cuiden</i> .....	28
❖ <i>Cochrane</i> .....	29
h) Valoración metodológica .....	29
4.2 Resultados.....	31
5. Limitaciones y fortalezas.....	45
6.Conclusiones.....	46
7.Futuras líneas de investigación.....	48
8.Bibliografía.....	49
9.Anexos.....	52
9.1 Anexo 1. Diagrama de Gantt de desarrollo del Trabajo Fin de Grado. ....	52
9.2 Anexo 3. Ejemplo de estrategia de búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed. ....	53
9.3 Anexo 3. CASPe:.....	57
9.4 Anexo 4. Artículos incluidos en la revisión: .....	59

## Índice de figuras

Figura 1. Niveles de calidad de la evidencia. ....	18
Figura 2. Ejemplos de reconocimiento facial mediante la herramienta <i>E-motional training</i> . ....	34
Figura 3. Búsqueda avanzada en la base de datos Pubmed. ....	53
Figura 4. Términos MeSH, truncamientos y booleanos en la base de datos Pubmed. ....	53
Figura 5. Resultados de la búsqueda en la base de datos Pubmed. ....	53
Figura 6. Aplicación de filtros en la base de datos Pubmed. ....	54
Figura 7. Artículos 1 y 2 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos Pubmed. ....	54
Figura 8. Artículos 3 y 4 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos Pubmed. ....	55
Figura 9. Artículos 5 y 6 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos Pubmed. ....	55
Figura 10. Artículos 7, 8 y 9 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos Pubmed. ....	56



## Índice de gráficos

Gráfico 1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017. ....	10
Gráfico 2. Prevalencia de la esquizofrenia estratificada por edad y sexo en España ..	11

## Índice de tablas

Tabla 1. Pregunta de estudio.....	17
Tabla 2. Términos de búsqueda. ....	17
Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión. ....	18
Tabla 4. Bases de datos utilizadas.....	19
Tabla 5. Referencias bibliográficas para cada uno de los objetivos propuestos en la revisión. ....	19
Tabla 6. Estrategia de búsqueda en la base de datos <i>PubMed</i> . ....	21
Tabla 7. Estrategias de búsqueda en la base de datos <i>Dialnet</i> . ....	24
Tabla 8. Estrategias de búsqueda en la base de datos <i>Trip database</i> . ....	27
Tabla 9. Estrategias de búsqueda en la base de datos Cuiden.....	30
Tabla 10. Estrategias de búsqueda en la base de datos Cochrane.....	30
Tabla 11. Calidad de vida según edad de pacientes esquizofrénicos .....	32
Tabla 12. Calidad de vida según nivel educacional de pacientes esquizofrénicos .....	32
Tabla 13. Clasificación de emociones según su equivocación en sujetos con esquizofrenia. ....	35
Tabla 14. Estrategias de actuación. ....	41
Tabla 15. Diagrama de Gantt.....	52
Tabla 16. Estudio de los artículos incluidos en los resultados.....	59

## Resumen

**Introducción:** La esquizofrenia es un trastorno mental grave incurable que afecta al sujeto deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, actualmente, existen 21 millones de personas con esquizofrenia, por lo que se puede decir que el 1% de la población mundial padece este trastorno. Además, se prevé que los trastornos mentales aumenten considerablemente en los próximos años.

**Objetivos:** Conocer el impacto de la esquizofrenia en la salud de los adultos diagnosticados y sensibilizar al profesional de enfermería para realizar un abordaje integral en las personas que padecen este trastorno.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje que se efectúa a los adultos diagnosticados con trastorno de esquizofrenia. Se han elaborado diferentes búsquedas bibliográficas en 5 bases de datos (*Pubmed, Dialnet, Tripdatebase, Cuiden y Cochrane*) mediante el uso de términos MESH y DeCS.

**Resultados:** Se ha observado que mediante diferentes estrategias de actuación (terapia cognitiva conductual, intervenciones psicológicas, tratamiento psicosocial, musicoterapia, terapia de danza...) y junto con la adecuada intervención del profesional de enfermería, se han obtenido resultados significativos respecto a la mejoría de los síntomas negativos y positivos y la adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** Se cree necesaria la realización de Programas de Atención de enfermería unificando criterios donde el objetivo principal sea el paciente y el abordaje integral al mismo.

**Palabras clave:** esquizofrenia, psicoterapia de grupo, atención de enfermería, calidad de vida.

## Summary

**Introduction:** Schizophrenia is an incurable serious mental disorder that affects the subject deteriorating their abilities in various psychological aspects, it is characterized by a clinically significant alteration of the cognitive state, currently, there are 21 million people with schizophrenia, so it can be said that 1 % of the world population suffers from this disorder. Furthermore, mental disorders are expected to increase considerably in the coming years.

**Objectives:** Know the impact of schizophrenia on the health of diagnosed adults and sensitize the nursing professional to carry out a comprehensive approach in people with this disorder.

**Methods:** A bibliographic review has been made on the approach that is carried out to adults diagnosed with schizophrenia disorder. Different bibliographic searches have been carried out in 5 databases (Pubmed, Dialnet, Tripdatebase, Cuiden and Cochrane) using the terms MESH and DeCS.

**Results:** It has been observed that through different action strategies (cognitive behavioral therapy, psychological interventions, psychosocial treatment, music therapy, dance therapy...) and together with the adequate intervention of the nursing professional, significant results have been obtained regarding the improvement of symptoms negative and positive and adherence to treatment.

**Conclusions:** It is believed necessary to carry out Nursing Care Programs unifying criteria where the main objective is the patient and the comprehensive approach to it.

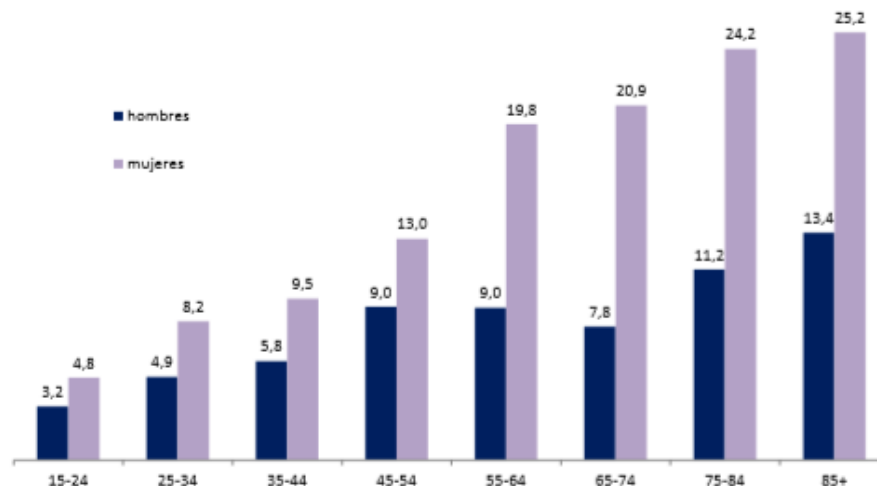
**Keywords:** schizophrenia, psychotherapy group, nursing care, quality of life.

## 1. Introducción

### 1.1 Definición de la esquizofrenia

El trastorno mental es un síndrome que se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, de la regulación emocional o del comportamiento del individuo, que produce una disfunción de los procesos biológicos, psicológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Puede tener múltiples causas: genéticas, biológicas, sociales, químicas o psicológicas. Representa, a nivel mundial, el 12,50% de todas las patologías, superando al cáncer y a los trastornos cardiovasculares. Se encuentra entre las primeras causas de discapacidad, debido a los problemas de salud y sociales que genera, esto explica que una de cada cuatro personas padecerá un trastorno mental y el 1% de la población desarrollará esquizofrenia a lo largo de su vida. Además, se prevé que los trastornos mentales aumenten considerablemente en los próximos años (1).

**Gráfico 1. Riesgo de “alguna enfermedad mental” mental en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017 (2).**



La esquizofrenia es un trastorno mental grave incurable que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad (3). Las personas que padecen esquizofrenia suelen sufrir discriminación, estigmatización y violación de sus derechos humanos, además de presentar delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado y capacidad cognitiva alterada. En ocasiones pueden ver imágenes o escuchar voces que son producto de su mente. Otras veces pueden llegar a creer que alguien es capaz de leer su mente, controlar sus pensamientos o incluso hacerles daño. Estos pensamientos pueden asustar o desconcertar a la persona que los padece o inducir a que se agiten descontroladamente. Puede que estos pensamientos los lleven al aislamiento social. Además, a los individuos que rodean a personas que sufren este trastorno les puede parecer desconcertante o aterrador (4). Las personas con esquizofrenia puede que hablen de cosas ilógicas o inusuales lo que a veces puede que dificulte la comunicación con ellos. Pueden estar sentados durante horas sin hablar ni moverse. En ocasiones, los individuos con este trastorno pueden parecer estar totalmente sanos hasta que exponen lo que piensan (3, 4). Anteriormente la esquizofrenia se conocía como

“trastorno de personalidad múltiple o personalidad dividida”, no es un trastorno de identidad disociativo, aunque algunos signos se pueden a llegar a parecer en la superficie (5).

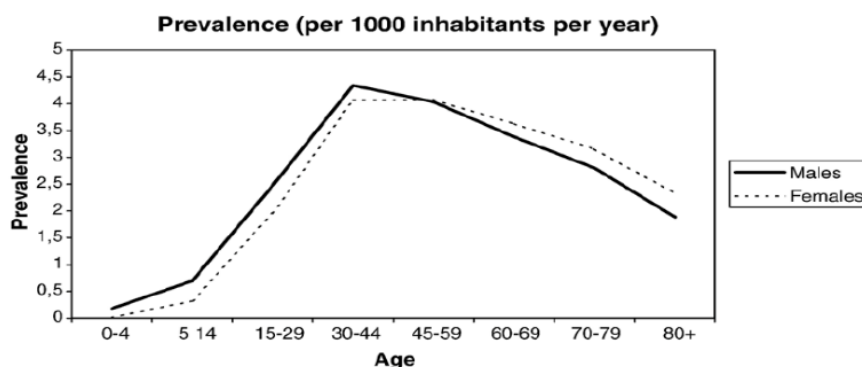
La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye la esquizofrenia en su actual Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) (6) como un trastorno mental incluido en la Clasificación Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10) y en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) con una alta carga de morbilidad.

## 1.2. Epidemiología de la esquizofrenia

A **nivel mundial**, actualmente, existen 21 millones de personas con esquizofrenia de los cuales 12 millones son hombres y 9 millones son mujeres, además, generalmente se desarrolla a edad más temprana, por lo que se puede decir que el 1% de la población mundial padece este trastorno. Esta enfermedad se asocia al desarrollo de una alta discapacidad y puede perturbar el cometido educativo y social. Los personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,50 veces mayor probabilidad de morir a una edad temprana que el resto de la población, que suele ser debido a enfermedades cardiovasculares, físicas, metabólicas e infecciosas (5).

En **Europa**, existe una incidencia de 0,80 casos por diez mil habitantes por año, cifra consistente con la encontrada en estudios realizados en **España** en los que se encontró una incidencia de 0,84 por diez mil habitantes por año en hombres y de 0,79 por diez mil habitantes por año en mujeres. La prevalencia de enfermedad en nuestro país fue, respectivamente para hombres y mujeres, de 3 y 2,86 por mil habitantes por año (7). Como se puede observar en la figura 1, la prevalencia disminuye con la edad a partir de los 30 años, y en los 45 se produce una inversión entre los sexos, siendo a partir de esta edad mayor en mujeres que en hombres (7).

**Gráfico 2. Prevalencia de la esquizofrenia estratificada por edad y sexo en España (7).**



### 1.3 Síntomas y signos de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en 3 tipos: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas cognitivos. Es importante reconocer estos signos y síntomas para poder pedir ayuda, esta enfermedad se suele desarrollar entre los 16 y 30 años, aunque rara vez también podría desarrollarse en niños (5, 6). Se conocen como **síntomas positivos** comportamientos adicionales que no se dan en personas sanas. Los síntomas no tienen que ser constantes, es decir, puede que en algunos momentos estén presentes y en otros no. Igualmente, puede que a lo largo del tiempo con el transcurso de la enfermedad y con el tratamiento adecuado estos síntomas se estabilicen, entre ellos se incluyen:

- Alucinaciones: cuando la persona huele, siente, oye o ve sucesos que no son reales. La alucinación más frecuente suele ser escuchar voces en su cabeza, asimismo, estas personas pueden haber estado escuchando voces durante mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta.
- Delirios: es un estado mental que causa confusión y desorientación de modo que impide pensar con claridad, los individuos que sufren este trastorno son capaces de pensar que los locutores de la radio o las personas que aparecen en televisión están hablando directamente con él o ella. Es frecuente, que estos individuos creen que están en peligro porque otras personas están intentando lastimarlos.
- Trastorno del pensamiento: cuando la persona adquiere una forma inusual de pensar pudiendo inventarse palabras sin sentido, además puede aparecer pensamiento desorganizado, convirtiendo su lenguaje en oraciones arduas de comprender. Otra forma de expresión es el bloqueo del pensamiento donde el individuo de forma repentina deja de comunicarse verbal y físicamente.
- Trastorno del movimiento: Es conocido por la aparición de movimientos agitados pudiendo desembocar en catatonia momento en que la persona no se mueve ni se comunica con el resto de los individuos (4-6).

En ocasiones los **síntomas negativos** pueden ser más costosos de identificar ya que se pueden confundir con depresión u otras condiciones psiquiátricas, estos mismos se dan cuando ocurre la interrupción de las emociones. Es habitual que descuiden su higiene y adopten imagen de pesimismo. Este tipo de síntomas son:

- Afecto plano, se muestra totalmente facialmente inexpresivo y su voz es monótona y deprimida.
- Falta de satisfacción en la vida, repite de forma reiterada su insatisfacción con su vida cotidiana.
- Falta de habilidad en sus actividades, es incapaz de realizar las actividades de la vida cotidiana por sí mismo, como por ejemplo ir al supermercado.
- Falta de comunicación, la persona no puede actuar con su medio, aunque se vea forzado a hacerlo (5, 6).

Por último, existen los **síntomas cognitivos**, estos se caracterizan por ser más tenues, convirtiéndose en síntomas más arduos de reconocer produciendo en ocasiones angustia por su imposibilidad para relacionarse con su entorno. Incluyen:

- Problemas en el aprendizaje: el individuo no puede concentrarse ni prestar atención, con grandes problemas en la memoria, de forma que no cuenta con la habilidad de poder utilizar la información tras haberla aprendido.
- Déficit en el pensamiento razonable: es incapaz de utilizar la información para la toma de decisiones (5, 6).

#### 1.4 Tipos de esquizofrenia

Existen diferentes tipos de esquizofrenia entre los cuales se encuentran:

- Esquizofrenia paranoide: normalmente este tipo de esquizofrenia se caracteriza por la presencia de los síntomas positivos, los negativos y cognitivos no suelen aparecer. Sufren delirios siendo el más frecuente el deliro de la persecución, además de alucinaciones auditivas, ira, violencia y ansiedad.
- Esquizofrenia desorganizada: presenta lenguaje y comportamiento desorganizado con ideas delirantes, en contraste con la esquizofrenia paranoide el sujeto presenta la afectividad aplanada.
- Esquizofrenia catatónica: el sujeto padece alteraciones del movimiento llegando incluso a producirse inmovilidad. La persona presenta pesimismo y dificultad para relacionarse con el entorno. Igualmente, presenta inclinaciones extrañas, tales como movimientos estereotipados, muecas o la adopción de posturas confinadas. Es común que el sujeto cuando interactúa con alguien copie lo que dice o los movimientos o posturas que adopta.
- Esquizofrenia simple: se caracteriza por la particularidad de no presentar delirios ni alucinaciones, no obstante, presenta gran dificultad con el aprendizaje y el lenguaje.
- Esquizofrenia hebefrénica: presenta una característica especial, ya que esta esquizofrenia aparece a una edad muy temprana entre los 12 y 13 años lo cual muchas veces el diagnóstico es erróneo ya que se confunde con algún retraso mental. Estos individuos presentan delirios, afectividad plana y alteración importante de la conducta (5, 8).

#### 1.5 Factores causantes

Cuando se habla de factores causantes de la esquizofrenia se sabe que se ha atribuido a múltiples factores, entre los cuales destacamos:

- Aspectos genéticos: una de las posibles causas de este trastorno es el factor hereditario, el 1% de la población mundial lo padece, de la cual el 10% son individuos que mantiene algún parentesco familiar con otras personas que padecen esta enfermedad. Esta enfermedad no solo es producida por un gen de modo que al ser más de uno los que la producen el riesgo de contraer el trastorno es mayor. Hallazgos demuestran el polimorfismo del cromosoma 22 que afecta al metabolismo dopaminérgico como productor de un déficit de los metabolismos cerebrales.
- Química y estructura del cerebro: otra causa por la cual podría desarrollarse este trastorno podría ser por el desequilibrio de las reacciones químicas que ocurren en el cerebro. Implica que los neurotransmisores como la dopamina o glutamato



que juegan un importante papel en la transmisión celular no se produzcan, desarrollen y transmitan la sinapsis entre dichos neurotransmisores.

- Factores prenatales: en ocasiones este trastorno se puede dar debido a una complicación durante el embarazo. Como podría ser que la madre estuviera expuesta al virus de la influenza o desnutrición intrauterina que podría afectar al desarrollo neurológico del recién nacido.
- Factores sociales: pueden actuar como desencadenantes del trastorno, pero jamás como causa principal. Algunos de estos factores podrían ser, vivir en la ciudad, poseer en un nivel socioeconómico bajo, o vivir en un entorno en el que prevalezca la discriminación étnica.
- Drogodependencia: el consumo de drogas, principalmente el cannabis aumenta considerablemente la probabilidad de sufrir este trastorno mental (8).

### 1.6 Tratamiento de la esquizofrenia

En cuanto al tratamiento de este trastorno hay dos tipos principales, los medicamentos antipsicóticos y los **tratamientos psicosociales**. Los medicamentos antipsicóticos ayudan a los individuos que padecen esquizofrenia a tratar los síntomas psicóticos. Este tipo de medicación tiene numerosos efectos secundarios, por lo que es común que los primeros días que comienzan con el tratamiento aparezcan, normalmente suelen desaparecer al cabo de unos días. Existen múltiples antipsicóticos por lo que puede que a veces unos presenten menos efectos secundarios que otros, por lo que, si existen de forma prolongada, es conveniente probar diferentes antipsicóticos hasta dar con el más conveniente (5, 8). Un sujeto que padece este trastorno no debe dejar de tomar la medicación sin antes consultar con su médico, puede ser peligroso y puede empeorar los síntomas de la enfermedad. Los tratamientos psicosociales ayudan a los sujetos a enfrentarse a las dificultades y desafíos del día a día. Este tipo de tratamiento suele ser más útil cuando existe una correcta adherencia al tratamiento farmacológico. Entre ellos se incluyen, terapias grupales, grupos de auto ayuda, rehabilitación, educación familiar, etc. (8).

### 1.7 Calidad de vida de las personas con esquizofrenia

Se conoce que las personas con esquizofrenia tienen una probabilidad mayor de muerte precoz de un 40 a un 60% en comparación con la población general, debido a problemas físicos desatendidos y al suicidio (8).

## 2. Justificación

Se ha decidido realizar una revisión sistemática sobre el abordaje que se realiza a los adultos diagnosticados con trastorno de esquizofrenia porque se considera que hoy en día a la persona que padece este trastorno, en numerosas ocasiones, no se le proporcionan cuidados sanitarios de forma integral. Se recurre a la farmacoterapia la mayoría de las veces sin hacer hincapié en **tratamientos psicosociales o en el abordaje de forma global** como se pretende demostrar mediante esta revisión. Asimismo, este trabajo pretende mostrar como los pacientes mejoran considerablemente cuando se les proporciona atención integral, así como educación familiar, grupos de auto ayuda, consejería de grupo junto con otros pacientes que

también sufren esquizofrenia, ayudándoles a adquirir habilidades para el manejo de la enfermedad, musicoterapia, terapia cognitiva-conductual...etc. De ahí que se consideren de crucial importancia los tratamientos psicosociales siempre combinándolos junto con la medicación apropiada para cada paciente.

### 3. Objetivos

Se han planteado dos objetivos generales en este Trabajo Fin de Grado. Además, con el fin de concretar y llevar a cabo su consecución se han establecido objetivos específicos para cada uno de ellos.

#### **Objetivo general número 1:**

- Conocer el impacto de la esquizofrenia en la salud de los adultos diagnosticados de esa enfermedad.

#### **Objetivos específicos para el objetivo general número 1:**

- Reconocer los signos y síntomas de la esquizofrenia.
- Describir las complicaciones de enfermería a la hora de realizar una valoración efectiva a pacientes con esquizofrenia.

#### **Objetivo general número 2:**

- Sensibilizar al profesional de enfermería para un abordaje integral al paciente diagnosticado de esquizofrenia.

#### **Objetivos específicos para el objetivo general número 2:**

- Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes con esquizofrenia.
- Aportar estrategias de actuación para el tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia.

## 4. Desarrollo

### 4.1 Metodología de estudio

#### a) Tipo de estudio

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje que se realiza a los adultos diagnosticados con trastorno de esquizofrenia. En el **anexo 1** se muestra el Diagrama de Gantt del desarrollo del trabajo.

#### b) Pregunta de estudio

¿Mejoraría la calidad de vida de los adultos diagnosticados con esquizofrenia un abordaje integral de la enfermedad? ¿Cómo podría mejorarse su tratamiento y qué estrategias deberían poner en marcha los profesionales de enfermería?

**Tabla 1. Pregunta de estudio.**

Pacientes	Intervención	Comparación	Outcomes
Adultos diagnosticados de esquizofrenia	Abordaje integral	Abordaje simple (medicalización)	Mejora en la calidad de vida

Fuente: elaboración propia.

#### c) Términos de búsqueda

En primer lugar, para realizar una revisión bibliográfica se han establecido las palabras clave. La búsqueda bibliográfica se ha desarrollado en varias etapas a lo largo del trabajo. Se han añadido 3 términos, los conocidos como términos libres y posteriormente los términos DeCS (castellano) y MeSH (inglés).

**Tabla 2. Términos de búsqueda.**

TÉRMINOS LIBRES	DeCS	MeSH
Adulto (19-44)	Adulto	<i>Adult</i>
Adulto maduro (45-64)	Persona de mediana edad	<i>Middle Aged</i>
Trastorno esquizofrénico	Esquizofrenia	<i>Schizophrenia</i>
Enfermería	Enfermeras y enfermeros	<i>Nurses</i>
Terapia de grupo	Psicoterapia de grupo	<i>Psychotherapy group</i>
Terapia musical	Musicoterapia	<i>Music Therapy</i>
Terapia de baile	Terapia a través de la danza	<i>Dance Therapy</i>
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	<i>Nursing care</i>
Paciente	Atención al paciente	<i>Patient Care</i>
Paciente	Pacientes	<i>Patients</i>
Calidad de vida	Calidad de vida	<i>Quality of Life</i>

Fuente: elaboración propia.

#### d) Booleanos y truncamientos

Una vez que se seleccionaron las palabras clave, se utilizaron booleanos y truncamientos para conseguir una relación lógica entre estos términos. Los operadores booleanos utilizados en esta revisión han sido **AND** y **OR**. Asimismo, para recuperar todos aquellos artículos que surgían tras buscar las palabras clave que poseían la misma raíz gramatical se han añadido truncamientos como, por ejemplo, **(\* / \$)** en todas las bases de datos que lo permitían.

#### e) Criterios de exclusión e inclusión

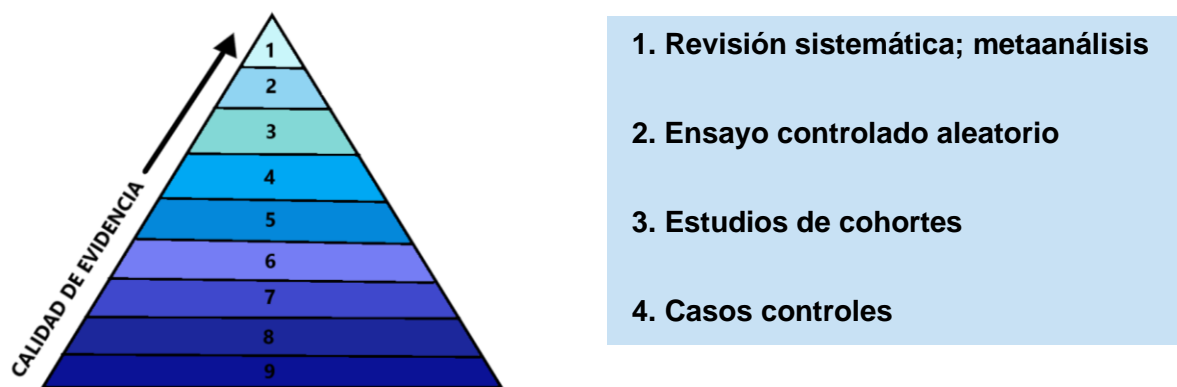
Se han utilizado unos criterios de exclusión e inclusión a la hora de seleccionar los artículos de evidencia científica.

**Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Referido a la población adulta y mediana edad (19-64)	Textos no disponibles completos
Publicado en los últimos 20 años, es decir de 2000 a 2020.	Textos que el idioma no fuere castellano o inglés.
Divulgado en español o inglés.	Especies no humanas
Especie humana	

Fuente: elaboración propia.





#### f) Elección y justificación de las fuentes de búsqueda.



**Figura 1. Niveles de calidad de la evidencia (9).**

Las bases de datos que se han utilizado para realizar esta revisión sistemática son diversas. Siempre y cuando la documentación científica que se aportara estuviera relacionada con la temática en cuestión. Las que se han utilizado son las siguientes: *Pubmed*, *Dialnet*, *Trip Database*, *Cuiden* y *Cochrane*.

**Tabla 4. Bases de datos utilizadas.**

<b>Nombre</b>		<b>Enlace web</b>	<b>Idioma de consulta</b>
<b>Pubmed</b>		<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>	Inglés
<b>Dialnet</b>		<a href="https://dialnet.unirioja.es/">https://dialnet.unirioja.es/</a>	Español
<b>Trip database</b>		<a href="https://www.tripdatabase.com/">https://www.tripdatabase.com/</a>	Inglés
<b>Cuiden</b>		<a href="https://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/">https://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/</a>	Español
<b>Cochrane</b>		<a href="https://www.cochranelibrary.com/es/">https://www.cochranelibrary.com/es/</a>	Español

Fuente: elaboración propia.

La elección de estas bases de datos se basó esencialmente en la calidad y la rigurosidad científica de las mismas. El conjunto de estas bases de datos recoge evidencia científica sanitaria basada en estrictos y explícitos métodos científicos. Estas bases de datos poseen una amplia cobertura de publicaciones científicas especializadas como tesis doctorales, revistas científicas y libros científico-sanitarios, entre otros. Asimismo, incluyen materia de diferentes campos científicos, así como medicina, enfermería, salud pública, enfermería comunitaria, epidemiología, etc. Las publicaciones que ofrecen están valoradas por expertos en cuidados de la salud tanto por la parte clínica asistencial como por la parte de la promoción y prevención de salud.

#### **g) Estrategias de búsqueda**

**Tabla 5. Referencias bibliográficas para cada uno de los objetivos propuestos en la revisión.**

	<b>Objetivos</b>	<b>Referencias bibliográficas de los artículos</b>
General número 1:	Conocer el impacto de la esquizofrenia en la salud de los adultos diagnosticados de esa enfermedad.	(10, 11)
Específicos para el general número 1:	Reconocer los signos y síntomas de la esquizofrenia.	(12-14)
	Describir las complicaciones a la hora de realizar un	(15-19)

Objetivos	Referencias bibliográficas de los artículos
General número 2:	tratamiento efectivo a pacientes con esquizofrenia. Sensibilizar al profesional de enfermería para un abordaje integral al paciente diagnosticado de esquizofrenia. (1, 20)
Específicos para el general número 2:	Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes con esquizofrenia. (17)
	Aportar estrategias de actuación para el tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia. (21-31)

Fuente: elaboración propia.

### ❖ **Pubmed**

*PubMed* es la primera base de datos que se ha escogido para realizar la estrategia de búsqueda (**anexo 2**). Es un motor de búsqueda de acceso libre que permite consultar principalmente los contenidos de la base de datos *Medline*, no obstante, también ofrece gran variedad de revistas científicas de equivalente calidad que no forman parte de esta base. A través del buscador es posible acceder a resúmenes y referencias bibliográficas de estos artículos de investigación biomédica. Existen diferentes formas de realizar la búsqueda, pero en esta revisión se ha optado por la búsqueda avanzada (*advanced*). La pantalla de búsqueda avanzada tiene tres elementos principalmente: en primer lugar, el historial de búsqueda, en segundo la caja de búsqueda y por último consta el *builder*, es decir, donde se fabrican y conjuntan las estrategias de búsqueda (términos *MeSH*, truncamientos, operadores booleanos, etc.). De igual modo esta base de datos permite cribar la búsqueda a través de una serie de filtros que oferta, así como, edad de la muestra, dialecto, tipos de artículos, acceso libre o de pago, disponibilidad completa, etc.

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en la base de datos *PubMed*.

PUBMED						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Número de cita
04/03/2020	“Adult” <i>MeSH</i> OR “Middle Aged” <i>MeSH</i> AND “Schizophrenia” <i>MeSH</i> AND “Psychotherapy group” <i>MeSH</i>	Free full text; published in the last 5 year; English; Spanish; Article types <b>Meta- Analysis</b>	9	9	3	(13, 21, 22)
04/03/2020	“Adult” <i>MeSH</i> OR “Middle Aged” <i>MeSH</i> AND “Schizophrenia” <i>MeSH</i> AND “Psychotherapy group” <i>MeSH</i>	Free full text; published in the last 5 year; English; Spanish; Article types <b>Systematic Reviews</b>	5	5	1	(21)

Fuente: elaboración propia.



De un total de 9 metaanálisis seleccionados en la primera búsqueda (“Adult” *MeSH* OR “Middle Aged” *MeSH* AND “Schizophrenia”), se han escogido 3 para añadir a los resultados (**tabla 6**). No obstante, los otros 6 han sido revisados en profundidad, sin embargo, la información que aportan no es abordada en los objetivos de esta revisión, por lo que no han sido incluidos. A continuación, se justifica la no inclusión de cada uno de los artículos:

1. “Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis.” Se ha descartado porque trata sobre los medicamentos para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños, adolescentes y adultos.
2. “Cortical Brain Abnormalities in 4474 Individuals with Schizophrenia and 5098 Control Subjects via the Enhancing Neuro Imaging Genetics Through Meta-Analysis (ENIGMA) Consortium”. Se ha descartado porque explica anomalías del cerebro cortical en personas con esquizofrenia.
3. “Genome-wide association meta-analysis in 269,867 individuals identifies new genetic and functional links to intelligence”. Se ha descartado porque se centra en estudiar el genoma completo e identificar nuevos vínculos genéticos y funcionales.
4. “Largest GWAS of PTSD (N=20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability”. Se ha descartado ya que habla sobre la superposición genética y las diferencias por sexo en el trastorno de esquizofrenia.
5. “Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness” no se ha incluido en esta revisión porque habla sobre intervenciones psicológicas para gente que sufre estrés postraumático con enfermedades mentales graves.
6. “Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis”. Este artículo ha sido descartado ya que, aunque se tratan las intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, se centra en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en adultos.

En la segunda búsqueda (“Adult” *MeSH* OR “Middle aged” *MeSH* AND “Schizophrenia”) que se ha realizado en *Pubmed*, la única diferencia con la búsqueda anterior es que en vez de buscar metaanálisis se han buscado revisiones sistemáticas. Se han obtenido los mismos artículos que en la primera (**tabla 6**) a excepción del siguiente artículo que se ha desestimado por su contenido:

1. Non-pharmacological treatment of psychiatric disorders in individuals with 22q11.2 deletion syndrome; a systematic review. Ya que aborda el tratamiento no farmacológico en pacientes con síndrome de delección.

#### ❖ *Dialnet*

*Dialnet* es la siguiente base de datos que se ha utilizado para hacer la revisión, debido a que es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo cuyo fin principal es dar más visibilidad a la literatura científica de lectura hispana. Se centra principalmente en

los ámbitos de las Ciencias Humanas, Jurídicas y Sociales. Es constituida como una herramienta principal para la búsqueda de información de calidad. A parte de aportarnos información de bases de datos de contenido científico hispano, nos ofrece información de servicios de alertas bibliográficas, hemeroteca virtual y depósito o repositorio de acceso a literatura científica hispana a texto completo.

De un total de 13 artículos (**tabla 7**) seleccionados en la primera búsqueda ("Esquizofrenia" DeCS AND "Enfermería" DeCS), se han escogido 6 para añadir los resultados. No obstante, los otros 7 han sido revisados, pero la información que aportan no es abordada en los objetivos de esta revisión, por lo que no han sido incluidos. Justificación de la no inclusión de cada uno de los artículos, que son los que se muestran a continuación:

1. "Paciente con esquizofrenia en un centro residencial geriátrico: abordaje de enfermería". La muestra utilizada es de pacientes con la enfermedad de Huntington, la presente revisión se realiza sobre población adulta.
2. "Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora". La deshabituación tabáquica no es abordada en los objetivos del presente trabajo.
3. "Convivencia del síndrome de Asperger y la esquizofrenia paranoide. A propósito de un caso". El síndrome de Asperger no forma parte de los objetivos planteados.
4. "Esquizofrenia". En los resultados del estudio no se obtienen resultados concluyentes.
5. "Experiencia vivida en cuidadores principales de personas con esquizofrenia. Trabajo de fin de máster". La información que se aporta se considera insuficiente.
6. "Experiencia vivida en cuidadores principales de personas con esquizofrenia. Trabajo de fin de máster". La información no se corresponde con los objetivos de nuestro trabajo.
7. "Salud Mental en Atención Primaria: taller de herramientas de enfoque familiar". La información que aporta el estudio no tiene relación con nuestros objetivos.

De un total de 1 artículo seleccionado en la segunda búsqueda ("Esquizofrenia" DeCS AND "Enfermería" DeCS. AND "Psicoterapia de grupo" DeCS. Se ha escogido 1 para añadir los resultados (**tabla 7**).

Tabla 7. Estrategias de búsqueda en la base de datos *Dialnet*.

DIALNET						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Número de cita
12/03/2020	“Esquizofrenia” DeCS AND “Enfermería” DeCS.	“Tipo de documento: Artículo de revista/Tesis,” “Textos completos: Si”, “Materias: Ciencias de la Salud”, “Submaterias Dialnet: Enfermería”, “Año:2009-2019”.	13	13	6	(1, 10, 11, 18, 19, 24)
12/03/2020	“Esquizofrenia” DeCS AND “Enfermería” DeCS AND “Psicoterapia de grupo” DeCS.	“Tipo de documento: Artículo de revista”.	1	1	1	(14)

Fuente: elaboración propia.

### ❖ *Trip database*

*Turning Research Into Practice* (TRIP) fue creada en el año 1997 por un grupo de profesionales de atención primaria en el área de Gwent, en Estados Unidos. Fue fundada a raíz de la explosión de publicaciones relacionadas con la Medicina Basada en la Evidencia. Antes de su creación el material de calidad se encontraba disperso en diversas webs, por lo que los profesionales tenían que buscar en diferentes portales para encontrar la información deseada. Hoy en día, esta base de datos recoge información de 15 fuentes diferentes. El crecimiento se debe al aumento de nuevos materiales incluyendo revistas con revisión por pares y libros electrónicos. La base ideológica es la misma que desde el comienzo del proyecto, de ahí que se considera un recurso altamente cualificado que permite el acceso libre a las publicaciones.

De un total de 3 artículos seleccionados en la primera búsqueda (“Patients” *MeSH* AND “Schizophrenia” *MeSH* AND “Patient Care” *MeSH* AND “Nurses” *MeSH*), se han escogido 2 para añadir a los resultados (**tabla 8**). No obstante, el artículo número 3 ha sido revisado, pero no se ha incluido por lo siguiente:

1. “The influence of organisational climate on care of patients with schizophrenia: a qualitative analysis of health care professionals’ view”. Ha sido descartado porque trataba sobre el clima organizacional entre profesionales, tema no abordado en la presente revisión.

De un total de 15 artículos seleccionados en la segunda búsqueda (“Quality of Life” *MeSH* AND “Schizophrenia” *MeSH* AND “Music therapy” *MeSH*), se han escogido 2 para añadir los resultados (**tabla 8**). No obstante, los otros 13 artículos han sido revisados, pero se ha decidido no incluirlos por lo siguiente:

1. “The impact of care farms on quality of life, depression and anxiety among different population groups: A systematic review”. Este estudio trata la calidad de vida y el impacto de las granjas en las personas que padecen ansiedad y depresión.
2. “Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis”. En este estudio se habla de la reducción del estrés basada en la atención plena.
3. “Evidence Map - Art Therapy”. Se aborda el mapa de evidencia mediante la terapia de arte.
4. “What helps to support people affected by Adverse Childhood Experiences? A Review of Evidence”. Incluye únicamente a personas en edad infantil.
5. “Pharmacologic and Nonpharmacologic Treatments for Posttraumatic Stress Disorder”. El objeto de estudio es la patología psiquiátrica estrés postraumático.
6. “Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review”. El objeto de estudio es el aislamiento social.
7. “Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people”. El objeto de estudio es el consumo de alcohol y cannabis, en una muestra de jóvenes.
8. “Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Treatment in Children and Adolescents”. La patología abordada en este estudio es el déficit de atención en una muestra de niños y adolescentes.

9. "Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review". El objeto de estudio es el dolor crónico.
10. "Interventions Targeting Sensory Challenges in Children with Autism Spectrum Disorder - An Update". Es una actualización centrada en las intervenciones dirigidas a los desafíos sensoriales.
11. "Treatment of Osteoarthritis of the Knee: An Update Review". La patología de estudio es la osteoartritis de rodilla.
12. "Interventions to Prevent Age-Related Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Clinical Alzheimer's-Type Dementia". Aborda el deterioro cognitivo relacionado con la edad.

Tabla 8. Estrategias de búsqueda en la base de datos *Trip database*.

TRIP DATABASE						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Número de cita
26/03/2020	"Patients" <i>MeSH</i> AND "Schizophrenia" <i>MeSH</i> AND "Patient Care" <i>MeSH</i> AND "Nurses" <i>MeSH</i>	"Since 2015"	3	3	2	(20, 25)
26/03/2020	"Quality of Life" <i>MeSH</i> AND "Schizophrenia" <i>MeSH</i> AND "Music therapy" <i>MesH</i>	"Since 2017"	15	15	2	(26, 27)

Fuente: elaboración propia.

### ❖ *Cuiden*

Cuiden es una base bibliográfica que pertenece a la fundación Index que ofrece producción científica sobre Cuidados de Salud, tanto de contenido clínico asistencial en todas las especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, sociales, culturales o históricos. Contiene material de diferente tipología, así como, libros, artículos de revistas científicas, monografías y otros documentos, incluso material no publicado. Todos los contenidos que ofrece esta base de datos han sido previamente evaluados por un comité de expertos.

De un total de 6 artículos seleccionados en la primera búsqueda (“Atención de enfermería” DeCS AND “Esquizofrenia” DeCS), se han escogido 2 para añadir los resultados (**tabla 9**). No obstante, los otros 4 han sido revisados y se ha tomado la decisión de no incluirlos por lo siguiente:

1. “Revisión bibliográfica sobre la atención a mujeres con un trastorno de esquizofrenia durante la etapa perinatal”. La información que aporta no se ciñe a los objetivos a abordar en la presente revisión.
2. “Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales”. Este artículo se incluyó al realizar la búsqueda en la base de datos *Dialnet*.
3. “El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento”. No aborda el trastorno de esquizofrenia.
4. “Cuando los costes invisibles de la enfermedad los pagan las familias: el caso de la esquizofrenia”. No se ajusta a los objetivos de esta revisión.

De un total de 12 artículos seleccionados en la segunda búsqueda (“Enfermería” DeCS AND “Esquizofrenia” DeCS AND “Pacientes” DeCS), se han escogido 3 para añadir los resultados (**tabla 9**). No obstante, los otros 9 han sido revisados, pero la información que aportan no es abordada en los objetivos de esta revisión, por lo que no han sido incluidos. A continuación, se justifica la no inclusión de cada uno de los artículos:

1. “Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia”. Este artículo se incluyó al realizar la búsqueda en la base de datos *Cuiden*.
2. “Influencia de los factores individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral en unidades de salud mental”. No se adapta a los objetivos propuestos en esta revisión.
3. “Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales”. Se ha añadido al realizar la búsqueda en la base de datos *Dialnet*.
4. “A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura [Sobrecarga de cuidadores de pacientes con esquizofrenia: una revisión integrativa de literatura]”. El objeto de estudio (sobrecarga de cuidadores) difiere del de la presente revisión.
5. “Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora”. El objeto de estudio (dependencia del tabaco) difiere del de la presente revisión.
6. “La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería”. El objeto de estudio es la baja adherencia al tratamiento antipsicótico, no es objetivo de nuestra revisión.

7. “Cuando los costes invisibles de la enfermedad los pagan las familias: el caso de la esquizofrenia [Molina Facio, A.J.; Hoz, A.; Cruz, I. Esquizofrenia. ¿Qué saben los familiares?]. No se ajusta a los objetivos de esta revisión. Descartado igualmente al realizar la búsqueda en la base de datos Cuiden.
8. “The Borderline Syndrome (Casos Límite, Estados Fronterizos)” No se adapta a nuestros objetivos.
9. “Esquizofrenia. Abordaje de enfermería. Perspectivas actuales”. Se ha tenido que descartar ya que se solicitó a la biblioteca y únicamente estaba disponible en papel, no pudo consultarse debido a la pandemia COVID19.

#### ❖ **Cochrane**

La Biblioteca *Cochrane* es el producto principal de la colaboración *Cochrane*. Es una publicación electrónica que se actualiza cada 3 meses, además se puede acceder a ella de dos formas diferentes, en primer lugar, a través la suscripción anual en CD o, en segundo lugar, mediante Internet. Es una colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados de medicina y otras áreas de la salud. En España, cuenta con su propia versión, “Cochrane Library Plus” que se accede a través de Internet y es de libre acceso.

De un total de 4 artículos seleccionados en la primera búsqueda (“Schizophrenia” *MeSH* AND “Dance therapy” *MeSH*), se han escogido 3 para añadir los resultados (**tabla 11**). No obstante, el cuarto artículo ha sido revisado (“Programas de habilidades para la vida para enfermedades mentales crónicas”) y no incluido en esta revisión al no centrarse en el trastorno de esquizofrenia.

#### **h) Valoración metodológica**

Se ha utilizado el instrumento para la lectura crítica de revisiones sistemáticas propuesto por el *Critical Appraisal Skills Programme* español (CASPe) (**anexo 3**).



**Tabla 9. Estrategias de búsqueda en la base de datos Cuiden.**

<b>CUIDEN</b>						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Número de cita
30/03/2020	"Atención de enfermería" DeCS AND "Esquizofrenia" DeCS	"Revisión"	6	6	2	(16,17)
30/03/2020	"Enfermería" DeCS AND "Esquizofrenia" DeCS AND "Pacientes" DeCS	"Revisión"	12	12	3	(15, 28, 29)

Fuente: elaboración propia

**Tabla 10. Estrategias de búsqueda en la base de datos Cochrane.**

<b>COCHRANE</b>						
Fecha	Estrategia de búsqueda	Filtro	Resultados obtenidos	Artículos revisados	Artículos seleccionados	Número de cita
02/04/2020	"Schizophrenia" MeSH AND "Dance therapy" MeSH	Ninguno	4	4	2	(30-31)

Fuente: elaboración propia.

## 4.2 Resultados

### Objetivo general número 1:

- Conocer el impacto de la esquizofrenia en la salud de los adultos diagnosticados de esa enfermedad.

En un estudio realizado por Zaraza-Morales DR y Hernández-Holguín DM, se analiza el **significado de vivir con esquizofrenia**, utilizando el símil de comparación “encerrada a oscuras”. Los hallazgos muestran que únicamente el hecho de ser diagnosticado interfiere en gran medida en la tranquilidad de la persona y conlleva **cambios en todas las esferas de su vida**, como en la social, laboral, familiar y afectiva. Los cambios se pueden ver reflejados en la percepción de un antes y un después, se caracteriza por la falta y el deterioro en las habilidades y capacidades propias de quien se consideraba, previo al diagnóstico, una persona normal. Las modificaciones que se dan en la neurotransmisión y concretamente en el neurotransmisor serotonina, incrementan la sensación de estar y permanecer encerrado, por lo que pueden producir abulia y apatía. A través de la neuropsicología se ha explicado que la deficiencia neuronal imposibilita que se den las relaciones sociales de forma común en los pacientes que sufren esquizofrenia (10).

Existen diferentes situaciones que generan inquietud, pero se destaca, las crisis que se generan durante el proceso de salud y enfermedad, estas crisis son la forma más visible de representar la heterogeneidad de los síntomas. Se ha demostrado que las intervenciones que se realizan incorrectamente por parte del personal sanitario en el momento de la crisis ponen en riesgo la vida y la recuperación del paciente. En ocasiones esto se debe al manejo brusco y agresivo durante la contención mecánica, y otras veces es debido al tratamiento farmacológico y sus efectos adversos. De la misma forma estas crisis aumentan la carga de cuidados que deben realizar los familiares debido a que deben aumentar su atención por el incremento de riesgo de autolesionarse o agredir a los mismos cuidadores (10,11). Por otra parte, los pacientes describen la enfermedad como “la sensación de descenso a los infiernos”, como un aspecto oscuro y aterrador. Las **hospitalizaciones recurrentes** influyen negativamente en la percepción de la experiencia vivida. Este impacto, se relaciona directamente con el estar lejos de su familia, y por el cual han de enfrentarse a un contexto desconocido, lo que agranda esa sensación de confinamiento. Pese a lo explicado por algunos pacientes, la recuperación es posible y está ligada a la percepción de esperanza y mejoría (10, 11). Al hilo de esto, el Modelo de Recuperación de la Salud Mental que propone el autor Phil Barker, permite destacar al ser humano, como un ser espiritual, que gracias a la esperanza en su proceso de recuperación puede trascender y ayudar a otros pacientes en su camino hacia el bienestar (10).

Por otra parte, otro tema de investigación actual es la **relación entre la calidad de vida y la esquizofrenia**. El paciente con trastorno de esquizofrenia tiene una dificultad considerable en autoevaluar su situación, sin embargo, como se muestra en el artículo de Rodríguez-Vidal M, Castro-Salas M, Sanhueza-Escobar V, del Valle-Utreras A y Martínez-Arriagada J (11), las personas con trastorno de esquizofrenia son capaces de sentir y comunicar sus propios déficits sociales. En cuanto a la calidad de vida según la edad, se observó que existen diferencias significativas según rango de edad y, como se

muestra en la **tabla 11** la calidad de vida es superior en personas con una media de 42,14 años (11).

**Tabla 11. Calidad de vida según edad de pacientes esquizofrénicos (11).**

	Nº pacientes	Media	Desviación estándar
<b>Mala calidad de vida</b>	4	29	4,55
<b>Regular calidad de vida</b>	15	51,4	10,84
<b>Buena calidad de vida</b>	21	42,14	9,68
<b>Total</b>	40	44,3	11,74

En relación con el sexo, los hombres tienen peor calidad de vida que las mujeres que sufren esquizofrenia. En cuanto a la situación de pareja, la mayoría de estas personas están solteros lo cual podría deberse a la estigmatización actual hacia estas personas (11). Por último, cabe destacar que los pacientes con mayor nivel educacional muestran mejor calidad de vida que aquellos pacientes esquizofrénicos que tienen un nivel educativo menor (**tabla 12**) (11). Las personas con trastorno de esquizofrenia que cuentan con mayor apoyo social muestran mejor calidad de vida en comparación con los pacientes con esquizofrenia que tienen menor apoyo social. Las condiciones socioculturales donde existe un modo de vida poco competitivo, con expectativas modestas, menos consumismo y menos ambición, clima agradable y fácil acceso a apoyo religioso muestran niveles de calidad de vida iguales a los que viven en grandes ciudades (10, 11).

**Tabla 12. Calidad de vida según nivel educacional de pacientes esquizofrénicos (11).**

Nivel educacional	Mala calidad de vida (%)	Regular calidad de vida (%)	Buena calidad de vida (%)	Total (%)
<b>Básico incompleto</b>	0,00	53,30	28,60	35,00
<b>Básico completo</b>	25,00	13,30	4,80	10,00
<b>Enseñanza media incompleta</b>	25,00	20,00	9,50	15,00
<b>Enseñanza media completa</b>	0,00	13,30	47,60	30,00
<b>Técnico nivel superior completo</b>	50,00	0,00	0,00	5,00
<b>Estudio universitario incompleto</b>	0,00	0,00	9,50	5,00
<b>N.º de pacientes</b>	4	15	21	40

### Objetivos específicos para el objetivo general número 1:

- Reconocer los signos y síntomas de la esquizofrenia.

#### **Criterios diagnósticos** del trastorno de la esquizofrenia (DSM-5):

**A)** Síntomas característicos: han de aparecer 2 o más de los siguientes (1 de ellos debe ser el 1, el 2 o el 3) durante un periodo de 1 mes o menos si se hubiera tratado con éxito:

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos: anhedonia, mutismo, aislamiento.

**B)** Disfunción social/laboral: cuando aparece una alteración en una o más áreas de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales, o el cuidado de uno mismo.

**C)** Duración: persisten signos continuos durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe cumplir, que al menos durante 1 mes se den síntomas del criterio A (menos si se hubiera tratado con éxito) pudiendo incluir síntomas prodrómicos y residuales. Los signos de alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más del criterio A.

**D)** Exclusión de los trastornos esquizoafectivos del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos deben ser descartados.

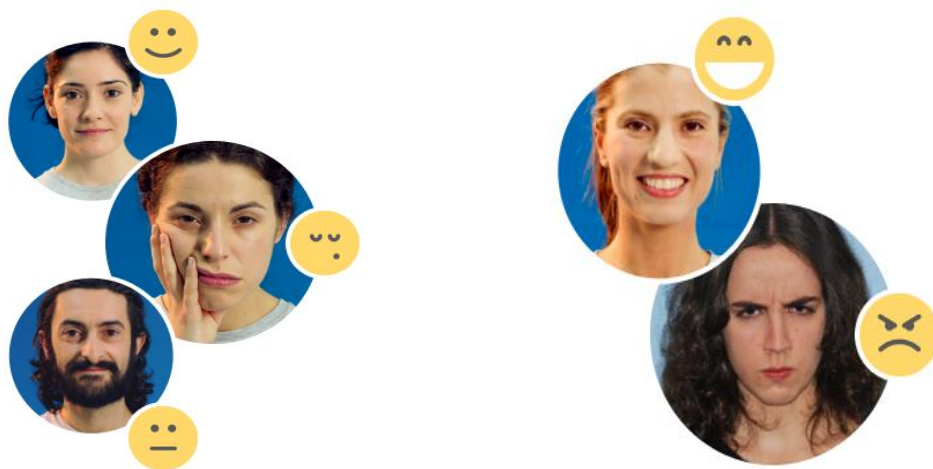
**E)** Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni de debido a una enfermedad médica.

**F)** Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si existe historial médico de algún otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen al menos por 1 mes (12).

En un artículo publicado por Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, Potkin SG, Roiz-Santiañez R, Crespo-Facorro B, et al. (13), se observó que existe una relación entre el adelgazamiento prefrontal y la gravedad de los síntomas negativos, y entre la corteza orbitofrontal medial (MOFC) y la aparición de síntomas negativos.

Se conoce que las personas con trastorno de esquizofrenia tienen la **percepción emocional alterada** (10-12, 14), donde se incluyen los procesos de percepción y reconocimiento de las emociones de las personas a partir de la expresión facial que muestran, el tono de voz que utilizan, la postura corporal que adoptan e incluso los gestos que utilizan. Los errores en el procesamiento emocional en las personas con trastorno de esquizofrenia suelen aparecer en situaciones sociales, en el instante de sentir y utilizar los gradientes afectivos, en el cual se suelen sentir confundidos y ambiguos. Asimismo, muestran menor capacidad de deducir los estados mentales de otros sujetos por lo que limita la empatía además de favorecer el aislamiento y soledad. Por lo que en ocasiones estas alteraciones son incompatibles para adoptar un funcionamiento social e interpersonal práctico, son un impedimento para mostrar y


reconocer emociones se ha asociado con una peor calidad de vida y con la disfunción social (14). Con el fin de mitigar esto, se creó una herramienta llamada *E-Motional Training* (EE). Es una aplicación interactiva en castellano de entrenamiento de percepción de emociones, que permite que sea autoadministrada por el paciente. Consiste en reconocer emociones en rostros de forma aislada (por ejemplo, ojos, boca) o total por medio de micro juegos, así como, entrenamiento en reconocimiento de micro expresiones y *morphing* (los rostros van cambiando de emoción de forma progresiva desde una expresión neutra a una expresión más precisa y se trata de determinar lo antes posible de qué emoción se trata), asimismo, ofrece tutoriales formativos con imágenes estáticas y dinámicas (**figura 2**). Al finalizar esta parte, el sujeto puede realizar un “post test” para evaluar su progreso. El programa a través de los fallos detectados de cada sujeto explica en qué partes del rostro hay que fijarse en cada expresión para realizar de forma correcta el ejercicio (14).



**Figura 2. Ejemplos de reconocimiento facial mediante la herramienta *E-motional training* (14).**

Mediante esta aplicación se quería evaluar en términos de mejoría clínica y procesamiento emocional a los individuos de una muestra de pacientes de entre 18-50 años diagnosticados de esquizofrenia. El total de la muestra fue dividido en dos grupos aleatoriamente, en primer lugar, el grupo control (n=30) y, en segundo lugar, grupo de intervención (n=30). Los participantes incluidos en el grupo de control recibieron tratamiento estándar, que consiste en farmacoterapia, combinación de terapias ocupacionales y ocio, manejo de casos y psicoterapia grupal e individual. Por otro lado, los participantes incluidos en el grupo de intervención recibieron tratamiento estándar y además 12 sesiones (1 por semana) de EE. Las emociones que se evaluaron en el programa fueron, el miedo, la ira, la sorpresa, la tristeza, el asco y la alegría (14). En cuanto a los resultados del estudio, las mayores dificultades se observaron en la identificación del miedo, confundiéndose en mayor medida con la sorpresa, seguido de la ira que tiende a confundirse con las emociones de sorpresa y miedo. En tercer lugar, se encuentra la tristeza que tiende a confundirse con el miedo. En cuarto lugar, el asco, confundido mayormente con la ira. En quinto lugar, la sorpresa que suele confundirse con el miedo. En último lugar la alegría que es la emoción que menos confunden los sujetos (**tabla 13**) (14).

**Tabla 13. Clasificación de emociones según su equivocación en sujetos con esquizofrenia.**

EMOCIONES		SE CONFUNDEN
Miedo		Sorpresa
Ira		Sorpresa y miedo
Tristeza		Miedo
Asco		Ira
Sorpresa		Miedo
Alegría		La que menos se confunde

Fuente: elaboración propia.

Los resultados mostraron mejoría relevante en la reducción de sintomatología positiva en el grupo de control, mientras que, en el grupo de intervención, se objetó además una reducción en la sintomatología negativa. Se ha demostrado como entrenando las emociones en pacientes con esquizofrenia crónica han alcanzado puntuaciones dentro de la normalidad y similares a las de la población general en reconocimiento de emociones a través de esta aplicación (14). Herramientas como las que se presentan en este estudio pueden suponer una alternativa para el tratamiento de los individuos mediante estas intervenciones novedosas y divertidas que facilitan la adherencia al tratamiento integral y que facilitan al personal de enfermería valoraciones pre y post test para el seguimiento clínico del paciente.

- Describir las complicaciones de enfermería a la hora de realizar una valoración efectiva a pacientes con esquizofrenia.

Hasta hace poco se ha pensado que el paciente tenía obligación de seguir al pie de la letra la pauta farmacológica prescrita por el psiquiatra y por consiguiente aceptar el tratamiento. Sin embargo, se ha demostrado que los pacientes con trastorno de esquizofrenia abandonan el tratamiento por diferentes causas, además, en ocasiones en el sistema sanitario no se contemplan las necesidades de educación en pacientes que padecen este tipo de enfermedad (15). Desde el punto de vista de la valoración de enfermería es difícil **medir o comprobar el cumplimiento**, no obstante, en las unidades de enfermería psiquiátrica se les administra la medicación, y se realiza un control directo de la toma. Por ello mismo, estos pacientes son observados en cierta medida por los profesionales de enfermería mientras reciben el tratamiento y muestran su aceptación sobre el tratamiento, lo que influirá en su adherencia. En estas unidades, es frecuente escuchar frases como las siguientes: “son muchas pastillas”, “yo no las necesito”, “no quiero ser adicto a las pastillas”, “me estáis envenenando”, “ya estoy curado y no me las tengo que tomar” (15). Por ello, es necesario conocer los factores relacionado con el incumplimiento para realizar una correcta valoración del paciente (16). Sabiendo que el incumplimiento guarda estrecha relación con la no aceptación de la enfermedad se deben conocer los siguientes factores divididos en dos grupos:

- Factores de incumplimiento relacionados con el paciente
  - Negación de la enfermedad: es complicado que alguien que cree que no está enfermo acepte tomar medicación (15, 16).

- La edad es un factor que influye, observándose que son los jóvenes los que tienen mayor tasa de incumplimiento farmacológico.
- Las personas que tienen dificultad para comprender, así como, analfabetismo o deficiencias sensoriales son más susceptibles al incumplimiento.
- Cuando desconfían del tratamiento y de los profesionales implicados en el mismo.
- Creencias: refieren motivos personales para no cumplir el tratamiento.
- Mejoría de la enfermedad: la situación de mejora da lugar al incumplimiento, sienten que están mejor que ya no lo necesitan.
- Efectos secundarios.
- Si interfieren en los hábitos del sujeto (no poder tomar alcohol, tener que acudir al centro, a terapia...) (15,16).
- Factores de incumplimiento relacionados con la medicación:
  - Multitud de pastillas.
  - Medicamentos con mal sabor.
  - Incómodos de ingerir (15,16).

En primer lugar, para mejorar el cumplimiento farmacológico, que será la puerta que ayudará al paciente con el manejo de su enfermedad el profesional de enfermería debe realizar una primera entrevista en la que se trata de **valorar el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad**. Se profundizará en los hábitos de vida, recursos personales y familiares, se conocerá el grado de concienciación y confianza para el cumplimiento farmacológico y no farmacológico. Se debe de tener la habilidad suficiente para conocer en qué grado tiene conocimientos acerca de su enfermedad y concretamente de su tratamiento. Para ello, se formularán preguntas que respondan a estos términos, indicación y motivo de la farmacoterapia, conocimiento de la enfermedad, conocimiento del régimen terapéutico, se le indicará que proporcione nombres de los fármacos, dosis, frecuencia y conocimiento acerca de los efectos adversos. De la misma forma, es preciso que se conozca el estilo de vida del paciente, horarios, actividades cotidianas, para así de forma posterior se pueda realizar un plan individualizado para la toma de medicación (16,17). En segundo lugar, se debe aportar información sobre el tratamiento del paciente, intentando la implicación máxima del paciente. No obstante, para conseguir esa implicación se debe hacer saber al sujeto que se conocen y entienden sus dudas, como actuar frente a ellas y que le ofrece ayuda y colaboración. En el caso de los pacientes que comiencen el tratamiento se tomará todo el tiempo necesario para clarificar sus dudas. Es importante conocer la voluntad del paciente a la hora del cumplimiento de dicho tratamiento (16, 17).

Por último, se debe evaluar los niveles de información que posee el paciente en cuanto a los medicamentos que se le administran comprándoles con la consulta de ingreso, también se valora la voluntad de cumplir el tratamiento a partir de la información que le paciente nos proporciona y se observará su comportamiento cuando se le proporcionen los fármacos (16, 17). Es importante, utilizar una jerga sencilla, la que el paciente pueda comprender sin dificultad, adaptándola a cada tipo de paciente, los errores de comprensión son muchas veces los que llevan al paciente al incumplimiento. Enfermería ha de ponerse en el papel del paciente y prever sus dificultades y posibles

complicaciones para aumentar un mayor cumplimiento y aceptación de la enfermedad (16, 17).

A continuación, se describen los puntos clave fundamentales en los que pueden existir complicaciones de enfermería la hora de realizar una **valoración por patrones efectiva** en pacientes con esquizofrenia(17–19). Previamente a la valoración enfermera por patrones de salud, es necesario conocer los siguientes datos del paciente:

- Datos generales: edad, sexo, domicilio y con quien vive.
- Antecedentes personales: cuales son los antecedentes orgánicos.
- Antecedentes psiquiátricos: primer ingreso y el porqué, ingresos posteriores, el último ingreso. Es decir, conocer la historia clínica del paciente para poder realizar una valoración completa.
- Antecedentes familiares: si existen o no enfermedades psiquiátricas en su entorno familiar y cuales son estas.
- Enfermedad actual: cuando se detectó, cuáles son los signos y síntomas predominantes y el manejo del individuo de su propia enfermedad (18,19).

#### **VALORACIÓN DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD**

##### **1. PATRÓN PERCEPCIÓN - MANEJO DE SALUD**

- Aspecto físico: tienden a descuidar su aspecto físico e higiene.
- Conciencia de enfermedad: algunos presentan conciencia de su enfermedad otros la niegan.
- Conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento: Suele ser escasa.
- Cumplimiento del tratamiento: existen casos con muy poca adherencia al tratamiento por lo que suele ser una complicación.
- Hábitos tóxicos: valorar los hábitos tóxicos y aconsejar si existen para deshabituarlos.
- Alergias: Conocer alergias (17–19).

##### **2. PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO**

- Peso, talla e IMC.
- Ingesta de agua: conocer ingesta para valorar aporte de líquidos.
- Dieta: conocer qué y cuándo lo ingiere, estos pacientes suelen tener hábitos nutricionales poco estables, tienden a consumir pocos alimentos y estos en cantidades abismales.
- Problemas digestivos: conocerlos si los hubiera, como intolerancias o alergias.
- Hábitos en la mesa: conocer si la ingesta es organizada o desorganizada y compulsiva. Si come al mismo tiempo y lo mismo que el resto de la familia.
- Dentición: si se lava los dientes, cuando y como lo hace. No suelen tener buena higiene bucodental.
- Mucosa oral: color e hidratación.
- Valorar si sabe que su dieta no es la adecuada (en el caso de que no llevara una dieta equilibrada).
- Sialorrea: valorar si la tiene, muy común en estos pacientes.
- Piel: valorar hidratación, aspecto general, palidez...etc. (17–19).

##### **3. PATRÓN ELIMINACIÓN**

- Eliminación vesical: conocer micciones diarias si contiene, y características de la orina.
- Eliminación intestinal: valorar cuantas veces va al baño, como son las heces y si utiliza o no laxantes.
- Sudoración: pacientes con tendencia a la sudoración (17–19).

##### **4. PATRÓN ACTIVIDAD - EJERCICIO**

- FC, respiración y TA.
- Expresión facial: tensa, relajada, etc.



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamiento motor: si es capaz de controlarlo.</li> <li>- Movilidad: si existen limitaciones de movilidad.</li> <li>- Autocuidados: valorar si es independiente para las actividades de la vida diaria.</li> <li>- Ejercicio físico: si realiza actividad física de forma regular y si le gustaría realizarla en caso de no practicarla (17–19).</li> </ul>
<b>5. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Horas de sueño: conocer las horas de sueño y la calidad de estas.</li> <li>- Problemas de sueño: suelen tener el ciclo de sueño alterado, se acuestan a altas horas de la madrugada.</li> <li>- Conocer si precisa de medicación hipnótica para conciliar el sueño (17–19).</li> </ul>
<b>6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar expresión facial.</li> <li>- Valorar si mantiene la mirada.</li> <li>- Valorar conducta motora.</li> <li>- Estado de conciencia.</li> <li>- Orientación en espacio y tiempo.</li> <li>- Si es capaz de mantener la atención</li> <li>- Si se encuentra o no la memoria alterada.</li> <li>- Valorar percepción.</li> <li>- Como es el contenido del pensamiento.</li> <li>- Curso del pensamiento.</li> <li>- Expresión del lenguaje: tienden a utilizar un lenguaje escaso y repetitivo (17–19).</li> </ul>
<b>7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto si es normal o no.</li> <li>- Reactividad emocional si es o no adecuada al contexto.</li> <li>- Tonalidad afectiva.</li> <li>- Autoestima y autoconcepto.</li> <li>- Valorar posibilidad de ideación autolítica.</li> <li>- Valorar si tiene conductas auto o hetero agresivas (17–19).</li> </ul>
<b>8. PATRÓN ROL - RELACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de hermanos.</li> <li>- Familia propia: si tiene paraje o hijos.</li> <li>- Existencia de conflictos en las relaciones familiares.</li> <li>- Percepción de la relación con la familia.</li> <li>- Reacción de la familia respecto a la enfermedad.</li> <li>- Valorar si establece relaciones sociales con otras personas o participa en actividades grupales ocupacionales o de ocio.</li> <li>- Valorar participación en terapias de grupo.</li> <li>- Si trabaja o estudia (17–19).</li> </ul>
<b>9. PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfunción sexual.</li> <li>- Si mantiene o no relaciones sexuales (17–19).</li> </ul>
<b>10. PATRÓN ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar ansiedad y estrés.</li> <li>- Valorar dificultad para adaptarse a cambios (17–19).</li> </ul>
<b>11. PATRÓN VALORES – CREENCIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias: Si profesa alguna religión.</li> <li>- Valores: Valores en su vida (17–19).</li> </ul>

## Objetivo general número 2:

- Sensibilizar al profesional de enfermería para un abordaje integral al paciente diagnosticado de esquizofrenia.

Hoy en día para sensibilizar al profesional de enfermería en realizar un abordaje integral se ofrece atención integradora, es decir, más centrada en el paciente, se pueden mejorar los resultados del paciente respecto a los parámetros iniciales y del sistema de salud. En la esquizofrenia la **psicoeducación** juega un papel esencial, uno de los obstáculos más complejo en estos pacientes es motivarles para que participen. Sin embargo, una vez que se consigue motivar a los pacientes y están convencidos en participar, se muestran entusiasmados con el método de la psicoeducación (20). La psicoeducación se conoce como la provisión sistemática, estructurada y didáctica que ofrece información sobre la enfermedad que padece el individuo y el tratamiento para la misma. Evidencias nacionales e internacionales clasifican la psicoeducación como un método altamente efectivo en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia ya que reduce el reingreso hospitalario con sus respectivos costos, además de disminuir sustancialmente el sufrimiento humano. Mediante este método educativo se consigue que los pacientes y sus familiares adquieran información sobre la esquizofrenia, se les permite recibir apoyo a través de estrategias de afrontamiento, de esta forma obtienen la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la prevención de recaídas (1, 20). Existen evidencias científicas que muestran que el manejo de una buena psicoeducación en pacientes con esquizofrenia mejora la comprensión de su propia enfermedad mental, ayuda al cumplimiento de la toma de antipsicóticos y reduce las tasas de recaída (20). En los centros de salud, la psicoeducación apenas forma parte de la educación, por lo tanto, se considera esencial ofrecer psicoeducación estructurada para los pacientes con esquizofrenia y sus familiares. A raíz de este problema se han propuesto iniciativas como la “Iniciativa de Atención Integrada” que mostraron mejoría en la atención a estos pacientes, en consecuencia, se beneficiaron de tiempos de espera más cortos, burocracia reducida y distancias menores para recibir atención. Las entrevistas de los individuos con este trastorno mostraron alta satisfacción del paciente con el tratamiento seleccionado a través de las nuevas iniciativas (20).

Continuando con el abordaje integral en estos pacientes en la actualidad, no solo se está persiguiendo la disminución de síntomas en individuos que presentan trastorno de esquizofrenia, sino la consecución de otros objetivos, como, por ejemplo, aumento en la calidad de vida, en su autonomía, en el bienestar personal y la participación en el concepto de su recuperación personal. La finalidad principal de esta recuperación es lograr que el sujeto maneje su propia enfermedad a través de la obtención de conocimientos sobre la misma, que pueda manejar su vida sin ayuda de forma constante (1). En un estudio publicado por Díaz Enciso C y Visiers Jiménez L, se define la psicoeducación como “un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias del mismo”. El fin es hacer partícipe al individuo de lo que se conoce de forma científica sobre su enfermedad y así aplique este conocimiento para la disminución de síntomas o para la mejoría del curso de su enfermedad, su desarrollo personal y el de su familia. La evidencia bibliográfica muestra como la psicoeducación aporta múltiples beneficios en el ámbito de la salud mental, entre los que se encuentran:

- Aumento del conocimiento de la enfermedad.
- Mejora en la adherencia al tratamiento.
- Descenso en las tasas de recaídas y rehospitalizaciones.
- Disminución del número de ingresos hospitalarios.
- Reducción del auto estigma.
- Fomentar el uso correcto de la atención sanitaria.
- Disminución de la sobrecarga familiar.
- Mejora individualiza en la función social y personal (1, 20).

Por lo tanto, la psicoeducación debe ser impartida a partir de un **modelo participativo o empoderado** (*empowerment*). El objetivo principal es el empoderamiento de la persona, que se transforma así en el centro del proceso de forma activa y dinámica. El sujeto tiene que asumir la responsabilidad y el ritmo de aprendizaje. No es únicamente transcendental el saber sino el saber hacer. En conclusión, se trata de una nueva forma de relacionarse entre el paciente y el personal sanitario, en la que deja de ser paternalista y comienza a ser igualitaria y equitativa. Este enfoque aporta beneficios para el personal sanitario, en este caso, para el abordaje integral de enfermería, tales como:

- Aumento de la satisfacción profesional si los sujetos logran los objetivos que consensuaron junto a ellos.
- Disminución del tiempo dedicado a las técnicas de motivación porque los pacientes estarán motivados al establecer ellos los objetivos.
- Reducción de la responsabilidad del profesional sobre los resultados finales del proceso educativo, al compartirlos con los pacientes (1).

Se ha observado que el empoderamiento en el ámbito de la salud mental produce resultados positivos, tales como:

- Aumento del bienestar emocional.
- Aumento de la autonomía.
- Aumento de la motivación para participar.
- Aumento de las estrategias eficaces para controlar la enfermedad (1).

Existen diversidad de filosofías enfermeras que abordan directa o indirectamente el empoderamiento del paciente. No obstante, la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem es el modelo conceptual teórico que mejor se adapta para el desarrollo de este. Dorothea E. Orem explica el autocuidado como la práctica de actividades que los sujetos comienzan y realizan para el mantenimiento de su propia vida, la salud y el bienestar. Considera que existe déficit de autocuidado cuando la demanda de cuidados de una persona es mayor que su agencia, no pudiendo satisfacer, por tanto, su autocuidado de manera independiente. Cuando esto ocurre, la enfermera, según este modelo, establece diferentes métodos de ayuda:

- 1) Actuar por otra persona o hacer algo por ella.
- 2) Guiar y dirigir.
- 3) Proporcionar soporte físico o psicológico.
- 4) Proporcionar y mantener un entorno que ayude al desarrollo personal.
- 5) Enseñar (1).

## Objetivos específicos para el objetivo general número 2:

- Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes con esquizofrenia.

La **relación del paciente con la enfermera/o** compone el sistema interpersonal más importante para el tratamiento y adherencia al mismo. La experiencia asegura que cuando se consigue que esta relación sea optima, los pacientes adoptan una actitud diferente, bien ante el tratamiento farmacológico y bien ante el tratamiento psicosocial o terapéutico. La relación paciente enfermera/o es un factor realmente importante, que a menudo no se tiene en cuenta, por lo que se debe abordar al paciente de forma integral a través de una relación basada en la confianza (17). Es conocido que el cumplimiento mejora si se consigue esta relación de confianza, el ser visto como atento, amigable, asequible, interesado en su bienestar, en sus preocupaciones. Se relaciona directamente con la confianza que el paciente deposita en el profesional de enfermería la comunicación no verbal, el contacto ocular, la sonrisa, la adopción de posturas abiertas, gestos, entonación, estos factores influyen significativamente sobre el cumplimiento de su prescripción (17). El principal propósito de esta relación paciente enfermería es que la comunicación fluya en ambos sentidos, es decir, que sea bidireccional, que produzca cambios tanto en los conocimientos del paciente como en la conducta del mismo. Se preparará la información de forma asequible, para que el paciente pueda asimilarla y comprender que recibirá más ventajas que inconvenientes (17).

- Aportar estrategias de actuación para el tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia.

Tabla 14. Estrategias de actuación.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN	
1	Terapia cognitiva conductual
2	Hospitales diurnos
3	Intervenciones psicológicas mediante TIPS (consejos, sugerencias)
4	Musicoterapia
5	Terapia de danza y yoga

Fuente: elaboración propia.

La primera estrategia de actuación que proponen Bighelli I, Maximilian M, Johannes Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, et al. (21), en su metaanálisis es examinar las tasas de respuesta de personas con trastorno esquizofrénico y con síntomas positivos a la **terapia cognitiva conductual** (TCC). Para realizar el metaanálisis se incluyeron 33 estudios con un total de 1142 participantes que recibieron terapia cognitiva conductual, de media entre el 13,20% y el 45% de los participantes del estudio alcanzaron una reducción de un 20% (mínimamente mejorada) y del 50% (muy mejorada) de los síntomas generales (21). Asimismo, si se habla de síntomas positivos los resultados que obtuvieron fueron que entre un 24,80% y 52,90% estos pacientes alcanzaron una reducción de entre el 20%-50% de los síntomas positivos. La edad, el sexo, la duración del tratamiento y el número de sesiones no fueron moderadores significativos de la respuesta. A modo de conclusión agregar TCC a la farmacoterapia

se puede decir que produce una mejoría de los síntomas generales en el 44,50% de sus receptores y una considerable mejoría en el 13,20%. Se considera que esto puede ser particularmente de importancia para sujetos que no son resistentes al tratamiento, que se encuentran más enfermos al inicio del estudio siempre y cuando el tratamiento sea proporcionado por terapeutas expertos. Por tanto, el personal sanitario puede esperar un beneficio al considerar proporcionar TCC a pacientes con esquizofrenia y síntomas positivos (21).

Asimismo, continuando con la TCC otros metaanálisis (22, 23). muestra que hoy en día se conoce una creciente conciencia de la necesidad de un **enfoque multidisciplinar** que incluya tratamientos psicológicos para el trastorno de la esquizofrenia. Para ello, a través de este estudio se llevó a cabo un metaanálisis en red (NMA) incluyendo comparaciones directas e indirectas de ensayos controlados aleatorios (ECA). De esta forma se clasificaron los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia según 3 criterios, eficacia, aceptabilidad y tolerancia. Se estimaron los efectos relativos del tratamiento y se obtuvo una jerarquía para los tratamientos psicológicos del trastorno de la esquizofrenia en términos de:

1. Eficacia de síntomas positivos.
2. Aceptabilidad
3. Otras medidas de eficacia, síntomas generales, síntomas negativos, respuesta, recaída, adherencia, depresión, calidad de vida y funcionamiento
4. Tolerabilidad (22).

Respecto a los resultados del metaanálisis de red se muestra que para el resultado primario la TCC se asoció con una disminución más alta de los síntomas generales, los síntomas positivos y negativos mejoraron, respecto al tratamiento habitual, por lo que los resultados obtenidos fueron positivos, la calidad de vida y el funcionamiento mejoró (no se observaron diferencias significativas en cuanto a la depresión). No obstante, si se compara con el **entrenamiento en habilidades sociales**, el **entrenamiento metacognitivo** y la **terapia de apoyo** es la TCC la que obtuvo mejores resultados (puede que no hubiera pruebas convincentes de la eficacia de los otros tratamientos probados debido a la pequeña cantidad de estudios realizados al respecto) (22, 23). En estos estudios, existen muy pocos datos significativos en cuanto a la mortalidad, el colapso y los eventos adversos.

En un estudio realizado por Cantillo Bermúdez Y y Salazar Murillo F (23), se estudiaron los **programas de seguimiento multidisciplinario e intervención** puestos en marcha en un hospital diurno psiquiátrico. A estos programas asisten por lo menos una vez a la semana personas diagnosticadas con trastorno de esquizofrenia. Se observó que las personas que asistían a estos programas, en comparación con las diagnosticadas con el mismo trastorno que no lo hacían, obtuvieron una disminución de los predictores clínicos de recaídas. Por lo tanto, mediante estas herramientas se logra un manejo eficiente de los predictores psicosociales de la enfermedad. Además, se observó que el número de hospitalizaciones de los asistentes se redujo, y los días de hospitalización en unidades agudas habían disminuido (23).

Se piensa que es de interés comparar las estrategias de actuación para el tratamiento de los pacientes con trastorno de esquizofrenia en hospitales diurnos y en servicios

psiquiátricos especializados de hospitalización en cuanto a la aceptabilidad, el estigma y la discriminación, produciéndose, según la literatura encontrada (23) datos más favorables en los diurnos. Además, se recude la probabilidad de que se produzcan violaciones de los derechos humanos, el aislamiento que producen es menor que cuando reciben atención hospitalaria lejos de sus hogares, además el abordaje del paciente de forma integral asegura mejores resultados en cuanto al tratamiento. Por otra parte, uno de los inconvenientes que podría tener un hospital diurno, es que su ubicación no debería de ser dentro del mismo hospital psiquiátrico ya que es altamente contraproducente, debido a que de esta manera son absorbidos por la dinámica de estos, brindando de esta forma pocas posibilidades de rehabilitación y de no estigmatización (23).

Uslu E y Buldukoglu K, en una revisión sistemática (24) evaluaron la eficiencia de las **intervenciones de tele-enfermería** que se utilizan para el seguimiento de los pacientes con esquizofrenia. Consiste en intervenciones telefónicas mediante TIPS, es decir, consejos o sugerencias. Se pudo observar que mediante las entrevistas realizadas por intervenciones TIPS los pacientes desarrollaron habilidades de comunicación verbal. Se determinó que mediante estas intervenciones los pacientes aumentaron el tiempo que pasaban sociabilizando, disminuyeron los días de hospitalización tras cada recaída, y las rehospitalizaciones se redujeron en gran medida. Asimismo, se consiguió mayor adherencia a los medicamentos psiquiátricos y al funcionamiento social, se obtuvo una disminución de síntomas psiquiátricos después del alta.

Como cuarta estrategia de actuación propuesta para abordar este objetivo, existe evidencia científica de que la **musicoterapia** mejora el estado global de las personas que tienen esquizofrenia. A corto plazo el estado mental (síntomas negativos, generales, depresivos, y ansiedad), el funcionamiento (social y general) y calidad de vida mejoran. A mediano plazo, esta terapia aborda aspectos motivacionales, emocionales y relacionales, ayudando a los individuos a sus actividades cotidianas y roles sociales. No obstante, para que se dé la mejora de la musicoterapia en pacientes con este trastorno es necesario que las sesiones se practiquen de forma regular durante un tiempo y que la terapia sea de calidad. El número mínimo de sesiones es difícil de determinar, además cambiará de un paciente a otro (25–28). De modo que la musicoterapia añadida a la atención estándar a corto y medio plazo parece ayudar en una amplia gama de aspectos. Estos aspectos se pueden ver reflejados en la motivación del sujeto, así como, en las competencias emocionales y relacionales de los mimos. Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad es necesario un número mínimo de sesiones, los resultados de la revisión de Fernández E, Liébana-Presa C y López-López C, (26) sugieren que al menos 20 sesiones pueden ser necesarias para alcanzar efectos clínicamente significativos. Se demostró que, para la mejoría de los síntomas generales y negativos, así como en el funcionamiento son necesarias entre 16-24 sesiones (25–28).

Esta terapia incluye técnicas específicas que aportan, entre otras (siempre realizadas por un profesional experto en la materia):

- Adaptación de material musical a las necesidades de los pacientes.
- Improvisación musical.
- Discusión de temas personales que surgen a través de procesos musicales.

Como última estrategia de actuación, se ha querido valorar como podría afectar la práctica terapia de **danza o el yoga** en pacientes que sufren trastorno de esquizofrenia. No se han obtenido resultados consistentes debido a la escasez de revisiones y metaanálisis disponibles sobre este tema (30, 31). En primer lugar, se puede decir que los pacientes que practicaron yoga mejoraron su calidad de vida, aunque se desconoce si estos cambios positivos observados respecto a la calidad de vida se deterioraron, mejoraron o se mantuvieron a lo largo del tiempo, para ello es necesario un seguimiento a largo y medio plazo (30). En segundo lugar, si se habla de terapia a través de la danza observamos que los pacientes obtuvieron una mejor adherencia a la terapia psicológica lo que muestra una aceptación relativamente buena de la terapia a través de la danza. Además, los individuos que formaron parte esta terapia redujeron los síntomas negativos en un 20%, una reducción de un 20% puede no ser muy importante para algunas personas, pero para otras puede ser una mejoría considerable (31). Por último, se puede indicar que los sujetos que participaron en la terapia se mostraron muy contentos con ella, las evaluaciones en general fueron muy positivas (30, 31).

## 5. Limitaciones y fortalezas

En cuanto a las fortalezas, se ha realizado una revisión sistemática de un tema poco estudiado hasta la fecha. Se ha enfocado desde una perspectiva integral y se ha proporcionado una revisión inclusiva del abordaje holístico enfermería en pacientes con esquizofrenia. Para ello, se han realizado búsquedas exhaustivas en cinco bases de datos, tanto en inglés como en castellano, además se han aportado, gráficos, figuras y tablas.

En cuanto a las limitaciones, podría haberse creado un examen aún más exhaustivo de las psicoterapias educativas que existen. Esto ayudaría a dilucidar aún más las preferencias y la efectividad de la psicoterapia para determinar la información sobre que terapia es más adecuada para abordar al paciente de forma más completa teniendo en cuenta sus preferencias y resultados. No obstante, se han encontrado escasos estudios acerca de la terapia de danza y yoga, quizá por su novedad, lo que limita las conclusiones extraídas debido a la escasez de ensayos de efectividad, además, no todas las revisiones que hemos encontrado eran de fácil acceso, algunas impedían la visibilidad del texto completo. Otra limitación de esta revisión es el sesgo de publicación. Por último, esta revisión fue diseñada como una revisión sistemática, en lugar de un metaanálisis, aunque se reconoce que un metaanálisis puede proporcionar ideas más cuantitativas a cerca del abordaje integral de los pacientes con trastorno de esquizofrenia, pero el metaanálisis en sí mismo sería limitado dado el pequeño número de estudios publicados y la heterogeneidad significativa de los métodos.



## 6.Conclusiones

### Objetivo general número 1:

- Conocer el impacto de la esquizofrenia en la salud de los adultos diagnosticados de esa enfermedad.

Los pacientes con trastorno de esquizofrenia experimentan cambios en todas las esferas de su vida (social, laboral, familiar y afectiva), tienen mayor número de hospitalizaciones y una menor calidad de vida. En la sociedad actual, existe gran estigma hacia las personas con este trastorno, para la sociedad aún siguen generando temor, desconfianza y desgradado. La comunidad manifiesta prejuicios y estereotipos negativos hacia los pacientes y en consecuencia actúan de forma discriminatoria hacia ellos, esta estigmatización se da desde edades tempranas de la vida por medio de la socialización. En consecuencia, esto afecta a la autoestima, es decir, a la internalización por parte del individuo de las actitudes negativas en las que se ha visto expuesto. Se ha relacionado con creencias de desvalorización y discriminación, que afecta directamente a la calidad de vida, autoestima, autoeficacia y agravamiento de los síntomas. En conclusión, aún queda mucho por cambiar en la sociedad, por ello cualquiera que sea la libertad por la que se luche, esta debe basarse en la igualdad independientemente de la enfermedad que se padezca.

### Objetivos específicos para el objetivo general número 1:

- Reconocer los signos y síntomas de la esquizofrenia.

Los pacientes que padecen trastorno de esquizofrenia tienen la percepción emocional alterada y presentan grandes dificultades marcadas en la expresión y reconocimiento de emociones. Por ello, como profesionales de enfermería debemos conocer cuáles podrían ser los síntomas y signos que se dan cuando se desarrolla esta enfermedad para así poder hacer una valoración más precisa y un diagnóstico enfermero correcto. No obstante, es complejo trabajar con una persona que padece esta enfermedad, y es necesario crear un vínculo de confianza para poder desarrollar nuestro trabajo. La detección de los signos y síntomas debe basarse en protocolos de actuación basados en evidencia científica que propongan criterios unificados.

- Describir las complicaciones a la hora de realizar un tratamiento efectivo a pacientes con esquizofrenia.

Existen infinidad de complicaciones a la hora de realizar un tratamiento efectivo en estos pacientes, si conseguimos que comprendan su enfermedad mejoraremos su adherencia al tratamiento. En definitiva, si se quiere realizar un tratamiento efectivo debemos comenzar por la educación y promoción de la salud, lo que debemos conseguir es hacer al paciente participe de su enfermedad, es decir, que la conozca a la perfección y que se implique porque solo así podremos llegar a conseguirlo.

### Objetivo general número 2:

- Sensibilizar al profesional de enfermería para un abordaje integral al paciente diagnosticado de esquizofrenia.

Lo que queremos conseguir los profesionales de enfermería a través de un abordaje integral en pacientes con esquizofrenia es que el sujeto maneje su propia enfermedad mediante el conocimiento de ella, donde el empoderamiento de la persona forme parte del transcurso de la enfermedad y así se transforme en el centro del proceso de forma activa y dinámica. En definitiva, se debe tratar al paciente mediante una atención integradora, hacerle formar parte del proceso porque solo así lograremos la estabilización de la enfermedad, todos los eslabones a la hora de realizar un abordaje integral son importantes, es necesario el manejo de psicoeducación por parte del personal sanitario complementado con la atención estandarizada ya que es altamente efectiva.

### Objetivos específicos para el objetivo general número 2:

- Analizar el papel de los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes con esquizofrenia.

La relación paciente enfermera se considera fundamental para conseguir el cumplimiento del tratamiento y adherencia al mismo. Es necesario crear un vínculo de confianza para que el paciente se sienta cómodo con su enfermera y así el transcurso del tratamiento será óptimo. Cuando se consigue crear ese vínculo los pacientes son capaces de responder al tratamiento farmacológico y psicosocial de forma activa. En conclusión, no es fácil ganarse la confianza de uno de estos pacientes, pero si se adopta una actitud atenta y entrañable, acompañada de una comunicación no verbal adecuada, combinada con perseverancia, es posible crear ese vínculo de confianza.

- Aportar estrategias de actuación para el tratamiento del paciente con trastorno de esquizofrenia.

Si tenemos en cuenta todo lo que hemos expuesto con anterioridad, creemos que es necesario que se desarrollen Programas de Atención de Enfermería (programas psicoeducativos) donde el objetivo principal sea que el paciente decida participar en su terapia farmacológica, que muestre interés por su estado de salud, que entienda el propósito de la farmacoterapia, la relación de esta con su enfermedad, y las posibles consecuencias que podría tener el abandono de la medicación. Somos conscientes de la dificultad de conseguir estas premisas, pero lo que está claro, que, si no marcamos un camino a seguir, acabaremos siendo estáticos, es decir, siendo espectadores de lo que ocurre a nuestro alrededor. Lo que queremos conseguir a través de esta propuesta no es aconsejar o imponer a pacientes sobre su medicación, sino lograr que el paciente esté convencido de que el medicamento y las terapias psicoeducaciones son necesarias para el tratamiento de su enfermedad (**anexo 4**).

## 7. Futuras líneas de investigación

En nuestra revisión sistemática, no hemos podido concluir de forma precisa y clara algunas estrategias de actuación, como el yoga o la terapia de danza, ya que hay escasos estudios acerca del tema, así que es una futura línea de investigación para poder validar estas estrategias de actuación con pacientes con trastorno de esquizofrenia y así mejorar su salud y crear protocolos unificando criterios. Creemos que se debería facilitar la aplicación *Emotional-Training* a todos los pacientes que sufren este trastorno ya que se han obtenido muy buenos resultados, por lo que se debería de seguir investigando para poder incluir este recurso a modo de tratamiento. Al igual que con las herramientas previamente mencionadas se han obtenido muy buenos resultados al tratar pacientes en hospitales diurnos lejos de las unidades psiquiátricas, por lo que consideramos necesaria la investigación de la aplicabilidad de estos.

Otro tema que investigar es la creación de protocolos de actuación para abordar al paciente de forma integral, aplicando protocolos estándar unificados pero adaptados al contexto de cada paciente. Al hilo de lo anterior y por último, creemos que debemos investigar más profundamente la calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores/familias para realizar un protocolo sobre el tratamiento de su sobrecarga emocional y física.

## 8. Bibliografía

1. Díaz Enciso C. Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia. NURE Inv. 2018;15(95):6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612348>
2. Ministerio de Sanidad Encuesta Nacional de Salud ENS [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
3. Ripke S, Neale BM, Corvin A, Walters JTR, Farh KH, Holmans PA, et al. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. Nature. 2014;511(7510):421-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [Internet]. [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. National Institute of Mental Health. La esquizofrenia NIMH. [Internet]. [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>
6. Kaminsky JS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=324C4B23738B07B257CCB49BA2374E9A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=324C4B23738B07B257CCB49BA2374E9A?sequence=1)
7. Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Recacha P, Haro JM, Chisholm D. Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. Schizophr Res. 2006;86(1-3):194-201.
8. López Laredo BS, Ibarra Tancara MU. Esquizofrenia. Rev Act Clín. 2011;35:621-4.
9. Manterola CD, Zavando DM, Mincir G. Cómo interpretar los «Niveles de Evidencia» en los diferentes escenarios clínicos\* Evidence-based clinical practice, levels of evidence DOCUMENTOS Introducción. Rev Chil Cir. 2009;61(6):582-95.
10. Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Envolto na escuridão: Significado de viver com esquizofrenia para os diagnosticados e seus cuidadores, Medellín, Colômbiab. Aquichan. 2017;17(3):305-15.
11. Rodríguez Vidal M, Castro Salas M, Sanhueza Escobar V, del Valle Utreras A, Martínez Arriagada J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Aquichan. 2011;11(1):66-76.
12. Esquizofrenia - (DSM5/CIE10) [Internet]. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.dsm-iv.org.es/indice-del-manual/70091-esquizofrenia.html>

13. Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, Potkin SG, Roiz-Santiañez R, Crespo-Focorro B et al. Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in schizophrenia via the ENIGMA consortium. *Psychological Medicine*. 2018;48(1): 82-94.
14. Vázquez Campo M, Maroño Souto Y, Alejandra A, García Caballero AA. Entrenamiento en percepción de emociones. *Metas Enferm*. 2018;21(5):370-6.
15. García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J, et al. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(1):1-45.
16. Garzón ML. Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Rev. Colomb. Enferm*. 2016;13(11):105.
17. Armengol J, Carbonell M, Manteca M, Cuixart I, González J, Azcon M. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería. *Enfermería Glob Rev* 2005;4(2):21-9.
18. Alonso Sedano A, Peña Granger M. Paciente con esquizofrenia. De la unidad de hospitalización a la rehabilitación: abordaje de enfermería. *Rev Enfermería y Salud Ment*. 2016;(3):25-9.
19. Aragón Moyano F. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. 2014;8.
20. Mayer-Amberg N, Woltmann R, Walther S. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016;(184):8-6.
21. Bighelli I, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, et al. Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2018;18:230.
22. Bighelli I, Salanti G, Reitmeir C, Wallis S, Barbui C, Furukawa TA, et al. Psychological interventions for positive symptoms in schizophrenia: Protocol for a network meta-Analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open*. 2018;8(3):1-9.
23. Román Zárate V, Cantillo Bermúdez Y, Salazar Murillo F. Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales. *Rev Enfermería Actual de Costa Rica*. 2014;(26):10.  
Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895854>
24. Uslu E, Buldukoglu K. The Effect of Tele-Nursing Practices to the Schizophrenia Patient Care: A Systematic Review. *Turk Psikiyat Derg*. 2016;27(1):47-56.
25. Fernández Martínez ME, Liébena Presa C. La música como cuidado enfermero. Revisión sistemática. *Rev Rol Enfermería*. 2018;41(9):588-586.
26. Geretsegger M, Mössler K, Bieleninik L, Xi-Jing C, Tor Olav H, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;29:5.
27. Inge Nygaard P, Lars Ole B, Niels Jørgensen, Nielsen J, Aagaard J, Bertelsen LR, et al. Music Therapy as Treatment of Negative Symptoms for Adult Patients

- Diagnosed with Schizophrenia—Study Protocol for a Randomized, Controlled and Blinded Study. *Medicenes*. 2019;6.
28. Vazquez Campo M, Mouriño López Y. ¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia? *Evidentia*. 2013;10(42).
  29. Broderick J, Vancampfort D. Yoga as part of a package of care versus non-standard care for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(4).
  30. Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(10).
  31. Cabello JB, Martín AJ, Moratalla G, Montes ML, López E, Emparazan JI. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión. Alicante (España). (CASPe). 2016. p. <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>.
  32. Health UNL of MNI of. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo 1. Diagrama de Gantt de desarrollo del Trabajo Fin de Grado.

**Tabla 15. Diagrama de Gantt.**

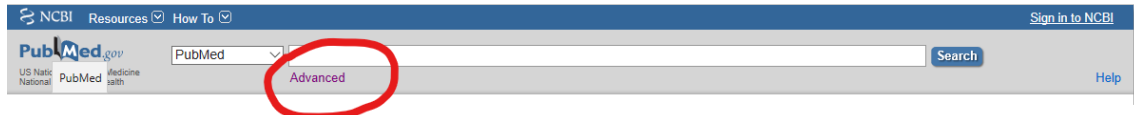
	2019		2020				
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Portada							
Índice							
Glosario de abreviaturas							
Resumen/ <i>abstract</i>							
Introducción							
Objetivos (generales y específicos)							
Metodología							
Resultados							
Limitaciones y fortalezas							
Conclusiones							
Implicaciones prácticas							
Futuras líneas de investigación							
Bibliografía							
Anexos							
Defensa oral							

Fuente: elaboración propia.

### 9.2 Anexo 3. Ejemplo de estrategia de búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed.

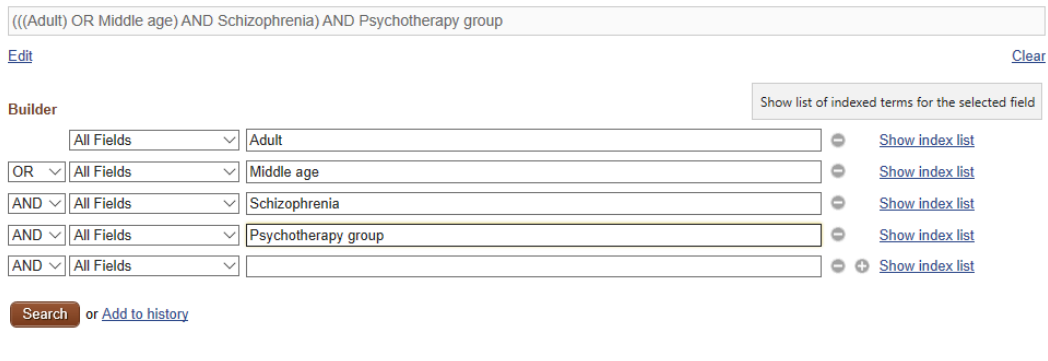
A continuación, se explicará a través de capturas de pantalla como se ha realizado la búsqueda bibliográfica.

- En primer lugar, se ha utilizado la búsqueda avanzada.



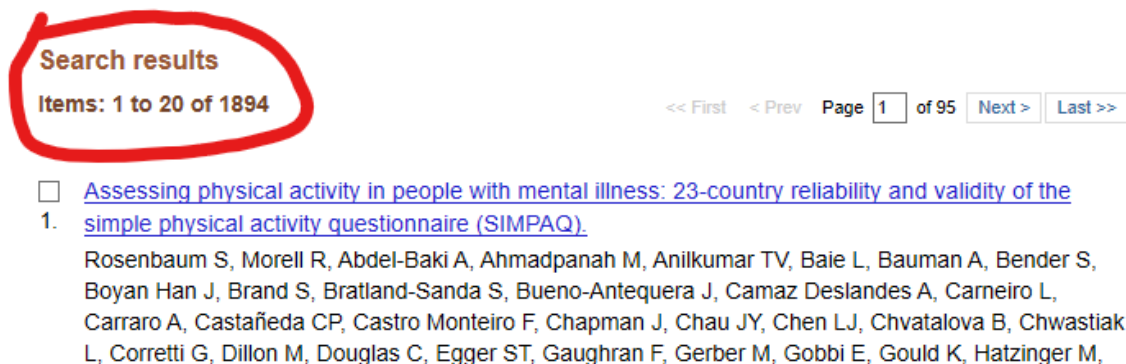
**Figura 3. Búsqueda avanzada en la base de datos Pubmed.**

- Posteriormente tras clicar en la búsqueda avanzada nos aparecerá para que se introduzcan los términos MeSH, ya que esta base de datos solo nos permite la búsqueda en inglés. Asimismo, se introducirán los truncamientos y booleanos como se puede observar en la siguiente imagen:



**Figura 4. Términos MeSH, truncamientos y booleanos en la base de datos Pubmed.**

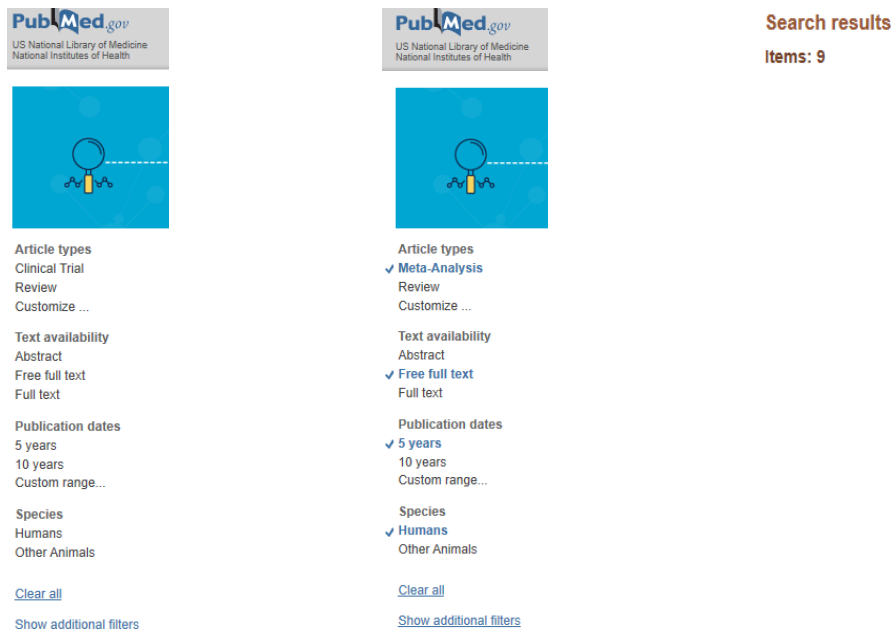
- Cuando se le da a “search” o buscar en castellano, nos realiza la primera búsqueda y los artículos que aparecen son los siguientes:



**Figura 5. Resultados de la búsqueda en la base de datos Pubmed.**



- Al realizar la primera búsqueda donde se han obtenido “1 to 20 of 1894 items” sin utilizar ninguno de estos filtros. Por el contrario, al utilizar los siguientes filtros, los ítems que se consiguen son los siguientes:



**Figura 6. Aplicación de filtros en la base de datos *Pubmed*.**

- A continuación, se muestran los 9 artículos finales encontrados en la base de datos *Pubmed* con la estrategia de búsqueda desarrollada anteriormente.

#### Search results

Items: 9

**i** Filters activated: Meta-Analysis, Free full text, published in the last 5 years, Humans. [Clear all](#) to show 1893 items.

- ☐ [Response rates in patients with \*\*schizophrenia\*\* and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis.](#)
1. [behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis.](#)  
Bighelli I, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, Wallis S, Schwermann F, Pitschel-Walz G, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S.  
BMC Psychiatry. 2018 Dec 4;18(1):380. doi: 10.1186/s12888-018-1964-8.  
PMID: 30514268 **Free PMC Article**  
[Similar articles](#)
- ☐ [Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis.](#)
2. [children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis.](#)  
Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, Atkinson LZ, Tessari L, Banaschewski T, Coghill D, Hollis C, Simonoff E, Zuddas A, Barbui C, Purgato M, Steinhausen HC, Shokraneh F, Xia J, Cipriani A.  
Lancet Psychiatry. 2018 Sep;5(9):727-738. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4. Epub 2018 Aug 7.  
PMID: 30097390 **Free PMC Article**  
[Similar articles](#)

**Figura 7. Artículos 1 y 2 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos *Pubmed*.**

- ☐ 3. [Cortical Brain Abnormalities in 4474 Individuals With \*\*Schizophrenia\*\* and 5098 Control Subjects via the Enhancing Neuro Imaging Genetics Through \*\*Meta Analysis\*\* \(ENIGMA\) Consortium.](#)  
 van Erp TGM, Walton E, Hibar DP, Schmaal L, Jiang W, Glahn DC, Pearlson GD, Yao N, Fukunaga M, Hashimoto R, Okada N, Yamamori H, Bustillo JR, Clark VP, Agartz I, Mueller BA, Cahn W, de Zwart SMC, Hulshoff Pol HE, Kahn RS, Ophoff RA, van Haren NEM, Andreassen OA, Dale AM, Doan NT, Gurholt TP, Hartberg CB, Haukvik UK, Jørgensen KN, Lagerberg TV, Melle I, Westlye LT, Gruber O, Kraemer B, Richter A, Zilles D, Calhoun VD, Crespo-Facorro B, Roiz-Santiañez R, Tordesillas-Gutiérrez D, Loughland C, Carr VJ, Catts S, Cropley VL, Fullerton JM, Green MJ, Henskens FA, Jablensky A, Lenroot RK, Mowry BJ, Michie PT, Pantelis C, Quidé Y, Schall U, Scott RJ, Cairns MJ, Seal M, Tooney PA, Rasser PE, Cooper G, Shannon Weickert C, Weickert TW, Morris DW, Hong E, Kochunov P, Beard LM, Gur RE, Gur RC, Satterthwaite TD, Wolf DH, Belger A, Brown GG, Ford JM, Macciardi F, Mathalon DH, O'Leary DS, Potkin SG, Preda A, Voyvodic J, Lim KO, McEwen S, Yang F, Tan Y, Tan S, Wang Z, Fan F, Chen J, Xiang H, Tang S, Guo H, Wan P, Wei D, Bockholt HJ, Ehrlich S, Wothusen RPF, King MD, Shoemaker JM, Sponheim SR, De Haan L, Koenders L, Machielsen MW, van Amelsvoort T, Veltman DJ, Assogna F, Banaj N, de Rossi P, Iorio M, Piras F, Spalletta G, McKenna PJ, Pomarol-Clotet E, Salvador R, Corvin A, Donohoe G, Kelly S, Whelan CD, Dickie EW, Rotenberg D, Voineskos AN, Ciufolini S, Radua J, Dazzan P, Murray R, Reis Marques T, Simmons T, Borgwardt S, Egloff L, Harrisberger F, Riecher-Rössler A, Smieskova R, Alpert KI, Wang L, Jönsson EG, Koops S, Sommer IEC, Bertolino A, Bonvino A, Di Giorgio A, Neilson E, Mayer AR, Stephen JM, Kwon JS, Yun JY, Cannon DM, McDonald C, Lebedeva I, Tomyshev AS, Akhadov T, Kaleda V, Fatouros-Bergman H, Flyckt L, Karolinska **Schizophrenia** Project, Busatto GF, Rosa PGP, Serpa MH, Zanetti MV, Hoschl C, Skoch A, Spaniel F, Tomecek D, Hagenaars SP, McIntosh AM, Whalley HC, Lawrie SM, Knöchel C, Oertel-Knöchel V, Stäblein M, Howells FM, Stein DJ, Temmingh HS, Uhlmann A, Lopez-Jaramillo C, Dima D, McMahon A, Faskowitz JI, Gutman BA, Jahanshad N, Thompson PM, Turner JA. *Biol Psychiatry*. 2018 Nov 1;84(9):644-654. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.04.023. Epub 2018 May 14. PMID: 29960671 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)
- ☐ 4. [Genome-wide association \*\*meta-analysis\*\* in 269,867 individuals identifies new genetic and functional links to intelligence.](#)  
 Savage JE, Jansen PR, Stringer S, Watanabe K, Bryois J, de Leeuw CA, Nagel M, Awasthi S, Barr PB, Coleman JRI, Grasby KL, Hammerschlag AR, Kaminski JA, Karlsson R, Krapohl E, Lam M, Nygaard

**Figura 8. Artículos 3 y 4 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos *Pubmed*.**

Coleman JRI, Grasby KL, Hammerschlag AR, Kaminski JA, Karlsson R, Krapohl E, Lam M, Nygaard M, Reynolds CA, Trampush JW, Young H, Zabaneh D, Hägg S, Hansell NK, Karlsson IK, Linnarsson S, Montgomery GW, Muñoz-Manchado AB, Quinlan EB, Schumann G, Skene NG, Webb BT, White T, Arking DE, Avramopoulos D, Bilder RM, Bitsios P, Burdick KE, Cannon TD, Chiba-Falek O, Christoforou A, Cirulli ET, Congdon E, Corvin A, Davies G, Deary IJ, DeRosse P, Dickinson D, Djurovic S, Donohoe G, Conley ED, Eriksson JG, Espeseth T, Freimer NA, Giakoumaki S, Giegling I, Gill M, Glahn DC, Hariri AR, Hatzimanolis A, Keller MC, Knowles E, Koltai D, Konte B, Lahti J, Le Hellard S, Lencz T, Liewald DC, London E, Lundervold AJ, Malhotra AK, Melle I, Morris D, Need AC, Ollier W, Palotie A, Payton A, Pendleton N, Poldrack RA, Råikkönen K, Reinvang I, Roussos P, Rujescu D, Sabb FW, Scult MA, Smeland OB, Smyrnis N, Starr JM, Steen VM, Stefanis NC, Straub RE, Sundet K, Tiemeier H, Voineskos AN, Weinberger DR, Widen E, Yu J, Abecasis G, Andreassen OA, Breen G, Christiansen L, Debrabant B, Dick DM, Heinz A, Hjerling-Leffler J, Ikram MA, Kendler KS, Martin NG, Medland SE, Pedersen NL, Plomin R, Polderman TJC, Ripke S, van der Sluis S, Sullivan PF, Vrieze SI, Wright MJ, Posthuma D. *Nat Genet*. 2018 Jul;50(7):912-919. doi: 10.1038/s41588-018-0152-6. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29942086 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)

- ☐ 5. [Psychological interventions for positive symptoms in \*\*schizophrenia\*\*: protocol for a network \*\*meta-analysis\*\* of randomised controlled trials.](#)  
 Bighelli I, Salanti G, Reitmair C, Wallis S, Barbui C, Furukawa TA, Leucht S. *BMJ Open*. 2018 Mar 14;8(3):e019280. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019280. PMID: 29540411 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)
- ☐ 6. [Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in \*\*schizophrenia\*\* via the ENIGMA consortium.](#)  
 Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, Potkin SG, Roiz-Santiañez R, Crespo-Facorro B, Suarez-Pinilla P, van Haren NEM, de Zwart SMC, Kahn RS, Cahn W, Doan NT, Jørgensen KN, Gurholt TP, Agartz I, Andreassen OA, Westlye LT, Melle I, Berg AO, Mørch-Johnsen L, Færden A, Flyckt L, Fatouros-Bergman H, Karolinska **Schizophrenia** Project Consortium (KaSP), Jönsson EG, Hashimoto R, Yamamori H, Fukunaga M, Jahanshad N, De Rossi P, Piras F, Banaj N, Spalletta G, Gur RE, Gur RC, Wolf DH, Satterthwaite TD, Beard LM, Sommer IE, Koops S, Gruber O, Richter A, Krämer B, Kelly S, Donohoe G, McDonald C, Cannon DM, Corvin A, Gill M, Di Giorgio A, Bertolino A, Lawrie S, Nickson T,

**Figura 9. Artículos 5 y 6 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos *Pubmed*.**

Bergman H; Karolinska **Schizophrenia** Project Consortium (KaSP), Jönsson EG, Hashimoto R, Yamamori H, Fukunaga M, Jahanshad N, De Rossi P, Piras F, Banaj N, Spalletta G, Gur RE, Gur RC, Wolf DH, Satterthwaite TD, Beard LM, Sommer IE, Koops S, Gruber O, Richter A, Krämer B, Kelly S, Donohoe G, McDonald C, Cannon DM, Corvin A, Gill M, Di Giorgio A, Bertolino A, Lawrie S, Nickson T, Whalley HC, Neilson E, Calhoun VD, Thompson PM, Turner JA, Ehrlich S.  
 Psychol Med. 2018 Jan;48(1):82-94. doi: 10.1017/S0033291717001283. Epub 2017 May 26.  
 PMID: 28545597 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)

- ☐ [Largest GWAS of PTSD \(N=20 070\) yields genetic overlap with \*\*schizophrenia\*\* and sex differences in heritability.](#)

7. Duncan LE, Ratanatharathorn A, Aiello AE, Almli LM, Amstadter AB, Ashley-Koch AE, Baker DG, Beckham JC, Bierut LJ, Bisson J, Bradley B, Chen CY, Dalvie S, Farrer LA, Galea S, Garrett ME, Gelernter JE, Guffanti G, Hauser MA, Johnson EO, Kessler RC, Kimbrel NA, King A, Koen N, Kranzler HR, Logue MW, Maihofer AX, Martin AR, Miller MW, Morey RA, Nugent NR, Rice JP, Ripke S, Roberts AL, Saccone NL, Smoller JW, Stein DJ, Stein MB, Sumner JA, Uddin M, Ursano RJ, Wildman DE, Yehuda R, Zhao H, Daly MJ, Liberzon I, Ressler KJ, Nievergelt CM, Koenen KC.  
 Mol Psychiatry. 2018 Mar;23(3):666-673. doi: 10.1038/mp.2017.77. Epub 2017 Apr 25.  
 PMID: 28439101 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)

- ☐ [Psychological interventions for post-traumatic stress disorder \(PTSD\) in people with severe mental illness.](#)

8. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I.  
 Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jan 24;1:CD011464. doi: 10.1002/14651858.CD011464.pub2. Review.  
 PMID: 28116752 [Free PMC Article](#)  
[Similar articles](#)

- ☐ [Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network \*\*meta-analysis\*\*.](#)

9. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G.  
 Lancet Psychiatry. 2016 Aug;3(8):730-739. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30069-4. Epub 2016 Jun 16. Review.

**Figura 10. Artículos 7, 8 y 9 encontrados tras aplicar la estrategia de búsqueda comentada en la base de datos *Pubmed* (32).**

### 9.3 Anexo 3. CASPe:

#### A. ¿Los resultados de la revisión son válidos?

##### Preguntas “de eliminación”

##### 1-. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

Sí, la pregunta de investigación se ha planteado mediante el formato PICO (paciente, intervención, comparación que evidencia visiblemente la población, la intervención y los resultados considerados).

##### 2-. ¿Buscaron los autores el tipo de artículo adecuado?

Sí, para ello se ha utilizado un desarrollo de búsqueda metodológica con base científica para la elección conveniente de artículos. El tipo de estudio que se ha llevado a cabo se dirige principalmente a la pregunta objeto de revisión y que la pregunta tenga un diseño adecuado.

##### 3-. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?

Sí, se ha seguido los criterios de la pirámide de la evidencia científica y la búsqueda esta detallada en la metodología. Para ello, se han tenido en cuenta los siguientes datos:

- Bases de datos bibliográficas utilizadas.
- Seguimiento de las referencias.
- Búsqueda de estudios en idiomas diferentes al inglés como por ejemplo el castellano.

##### 4-. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?

Sí se ha considerado en todo instante el rigor de los estudios incluidos.

##### 5-. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?

Sí, no obstante, los resultados de los estudios eran parecidos entre sí se encuentran claramente identificados en cada uno de los artículos de la revisión. Asimismo, se discuten los motivos de cualquier variación de los resultados a lo largo de todo el estudio. En el TFG elaborado no se aborda la práctica de un metaanálisis de los estudios seleccionados.

#### B. ¿Cuáles son los resultados?

##### 6-. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

Al no haberse obtenido resultados combinados (consultar pregunta numero 5) no se conoce de forma numérica el resultado integral de la revisión. Por el contrario, se ha realizado una descripción íntegra de los resultados en cada uno de los artículos científicos.

7.- ¿Cuál es la previsión del resultado/s?

Como en este estudio no se ha obtenido resultados combinados como se ha expuesto con anterioridad en la pregunta número 5. Es por ello por lo que no se conoce la precisión de los resultados porque no se han analizado los intervalos de confianza de los estimadores.

C. ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8.- ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?

Sí, tanto el tipo de paciente que se ha escogido como el medio en el que se han desarrollado los artículos incluidos en la revisión son similares a los nuestros.

9.- ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?

Sí, se han considerado todos los resultados significativos a la hora de tomar la decisión.

10.- ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?

Sí, claro, a lo largo de toda la revisión sistemática se ha respetado la intimidad y privacidad de cada uno de los participantes que han podido participar en los estudios que se han incluido (31).

## 9.4 Anexo 4. Artículos incluidos en la revisión:

Tabla 16. Estudio de los artículos incluidos en los resultados.

Título	Autoría	País, año	Tipo de estudio	Objeto del estudio	Conclusión principal
<i>Significado de vivir con esquizofrenia para os diagnosticados e seus cuidadores</i>	Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM	Colombia, 2017	Estudio cualitativo, recogida de datos mediante entrevista	Valorar la calidad de vida de los pacientes que sufren esquizofrenia y sus cuidadores o familias	Para los individuos que sufren este trastorno, familia y cuidadores, vivir con esquizofrenia conlleva a una sensación de encerramiento que afecta al proyecto de vida de unos y otros
Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos	Rodríguez Vidal Magali, Castro Salas Manuel, Sanhueza Escobar Valentina , del Valle Utreras Andrea, Arriagada Martínez José	Colombia, 2011	Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal	Conocer la calidad de vida y los factores relacionados de los pacientes con esquizofrenia	Los resultados muestran aceptable calidad de vida lo cual puede asociarse a los factores socioculturales de la región
<i>Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in schizophrenia via the ENIGMA consortium</i>	Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, Potkin SG, Roiz-Santiañez R, Focorro B, et al	Alemania, 2017	Metaanálisis	Demostrar si existe relación de los síntomas negativos y la corteza prefrontal	Se demuestra que la corteza orbitofrontal medial (MOFC) es la que está relacionada con los síntomas negativos

<b>Título</b>	<b>Autoría</b>	<b>País, año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objeto del estudio</b>	<b>Conclusión principal</b>
Entrenamiento en percepción de emociones	Miriam Vázquez Campo, Yolanda Maroño Souto, Alejandro A. García Caballero	España, 2018	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico	Evaluar la eficacia de la herramienta E-Motional Training de entrenamiento en percepción emocional en individuos que padecen trastorno de esquizofrenia	El grupo que participó obtuvo mejores resultados tanto en percepción emocional, como en la reducción de la sintomatología negativa en comparación al grupo que no participó en <i>Emotional-Training</i>
Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental	García I, Granada JM, Leal MI, Sales R, Lluch MT, Fornés J, et al.	España, 2010	Revisión estándar	Evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia	Ofrece técnicas de como el profesional de enfermería tiene que actuar para mejorar la adherencia
Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia	Garzón Z Martha Lucía	Colombia, 2016	Revisión estándar	Revisar la adherencia farmacológica para conocer las posibles causas o factores relacionados que permitan abordar esta problemática más allá de los	Se ha demostrado que la administración continua de los antipsicóticos y la terapia cognitiva-conductual son eficaces en la reducción de las recaídas

<b>Título</b>	<b>Autoría</b>	<b>País, año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objeto del estudio</b>	<b>Conclusión principal</b>
				aspectos biológicos y fisiológicos	
La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: Actuación de enfermería	Armengol J, Carbonell M, Manteca M, Cuixart I, González J, Azcon M	España, 2005	Revisión estándar	Valorar la adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos	Crear por profesionales de Enfermería programas, de aceptación, conocimiento y manejo de fármacos antipsicóticos
Paciente con esquizofrenia. De la unidad de hospitalización a la rehabilitación: abordaje de enfermería	Alonso Sedano Arturo, Peña Granger Mercedes	España, 2016	Caso clínico	Muestra caso clínico para la valoración de pacientes con esquizofrenia	Saber cómo actuar a la llegada de un paciente con trastorno de esquizofrenia a cualquiera que sea la Unidad a la que ingrese
Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería	Aragón Moyano Francisco	España, 2014	Caso clínico	Muestra cómo realizar la valoración por patrones en un paciente con trastorno de esquizofrenia	A pesar de lo dificultosa que puede llegar a ser hacer una valoración completa en estos pacientes muestra todas las claves para poder realizarla



<b>Título</b>	<b>Autoría</b>	<b>País, año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objeto del estudio</b>	<b>Conclusión principal</b>
<i>An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia</i>	Norbert Mayer-Amberg, Rainer Woltmann, Stefanie Walther	Alemania, 2016	Estudio cualitativo, recogida de datos mediante entrevista	Crear la Iniciativa de Atención Integradora para el tratamiento de la esquizofrenia	Menos coste, pacientes más satisfechos con el tratamiento y mejoría clínica en la mayoría de los casos
Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia	Díaz Enciso Carmen	España, 2016	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar la efectividad de un programa psicoeducativo en pacientes con esquizofrenia en relación con su grado de empoderamiento frente al conseguido con un grupo de ayuda mutua	Aportar programas psicoeducativos en el tratamiento de estos pacientes mejora el proceso de su enfermedad
<i>Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy</i>	Bighelli Irene, Huhn Maximilian, Schneider-Thoma Johannes, Krause Marc, Reitmeir Cornelia, Wallis S, et al	Alemania, 2018	Revisión sistemática y metaanálisis	Valorar la efectividad de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la esquizofrenia	Muestran el primer metaanálisis que examina las tasas de respuesta de pacientes con esquizofrenia y síntomas positivos a la terapia cognitiva conductual

<b>Título</b>	<b>Autoría</b>	<b>País, año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objeto del estudio</b>	<b>Conclusión principal</b>
<i>Psychological interventions for positive symptoms in schizophrenia: Protocol for a network meta-Analysis of randomised controlled trials</i>	Bighelli I, Salanti G, Reitmeir C, Wallis S, Barbui C, Furukawa TA, et al	Alemania, 2018	Metaanálisis	Valorar si necesitamos enfoques multidisciplinarios que integren tratamientos psicológicos para la esquizofrenia	Se clasificaron los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia según su eficacia, aceptabilidad y tolerabilidad
<i>Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis</i>	Bighelli I, Salanti G, Huhn M, Schneider-Thoma J, Krause M, Reitmeir C, et al	Alemania, 2018	Revisión sistemática y metaanálisis	Evaluar la eficacia, la aceptabilidad y la tolerabilidad de los tratamientos psicológicos para los síntomas positivos de la esquizofrenia	La terapia cognitiva conductual parece ser efectiva en los síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia moderadamente enfermos
Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales	Román Zárate V, Cantillo Bermúdez Y, Salazar Murillo F	Costa Rica, 2014	Revisión sistemática	Realizar una investigación acerca del tiempo requerido para brindar tratamiento en un Hospital Diurno a pacientes con esquizofrenia con el fin de que desarrollen	Concluyen que no existe evidencia científica suficiente para determinar cuál es el tiempo necesario que requiere una persona esquizofrénica en un Hospital Diurno para desarrollar sus

<b>Título</b>	<b>Autoría</b>	<b>País, año</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Objeto del estudio</b>	<b>Conclusión principal</b>
				habilidades psicosociales	habilidades psicosociales
<i>The Effect of Tele-Nursing Practices to the Schizophrenia Patient Care: A Systematic Review</i>	Uslu E, Buldukoğlu K	Turquía, 2016	Revisión sistemática	Se realizó un intento de evaluar las intervenciones de tele-enfermería que se utilizan en la atención de pacientes con esquizofrenia y la eficiencia de estas intervenciones	La limitación cuantitativa de los estudios relevantes está delimitada con las aplicaciones telefónicas de la tele-enfermería, no obstante, los resultados fueron positivos
La música como cuidado enfermero	Fernández Martínez Me, Liébana Presa C	España, 2018	Revisión sistemática	Se pretende analizar la producción científica existente en torno al uso de la musicoterapia por parte del profesional de enfermería	Es necesario profundizar más en este campo para obtener resultados más significativos
<i>Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders.</i>	Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen XJ, Heldal TO, Gold C	Noruega, 2017	Revisión sistemática	Analizar los efectos de la musicoterapia añadida a la atención estándar, en comparación con la terapia placebo o ningún tratamiento	A pesa de que la evidencia científica sea moderada los resultados muestran que mejora la atención global

Título	Autoría	País, año	Tipo de estudio	Objeto del estudio	Conclusión principal
				para personas con esquizofrenia	
<i>Music Therapy as Treatment of Negative Symptoms for Adult Patients Diagnosed with Schizophrenia</i>	Inge Nygaard P, Lars Ole B, Niels Jørgensen, Nielsen J, Aagaard J, Bertelsen LR, et al.	Dinamarca, 2019	Ensayo aleatorizado múltiple	Comprobar el efecto de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia en la población danesa.	Si los resultados son efectivos se incluirán en el programa de salud danés para el tratamiento de la esquizofrenia
¿Tiene efecto terapéutico la música en pacientes que padecen esquizofrenia?	Vazquez Campo Miriam, Mouriño López Yago	Alemania, 2013	Ensayo clínico controlado	Probar el efecto de la musicoterapia en pacientes con esquizofrenia	La musicoterapia mejora los síntomas negativos y mejora el contacto interpersonal
<i>Yoga as part of a package of care versus non-standard care</i>	Broderick J, Vancampfort D	Irlanda, 2019	Revisión sistemática	Valorar si realizar yoga como parte del tratamiento mejora la salud de los pacientes con esquizofrenia en comparación con tratamiento habitual	No existe una evidencia de alta calidad que apoye como parte de un paquete de atención, es necesario más estudios que lo comparen
Dance therapy for schizophrenia	Ren J, Xia J	Inglaterra, 2013	Revisión sistemática	Probar si la terapia de danza tiene efectos positivos en el tratamiento de la esquizofrenia	No existe evidencia científica para probar esta mejoría, se necesitan más estudios

Fuente: elaboración propia.



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**